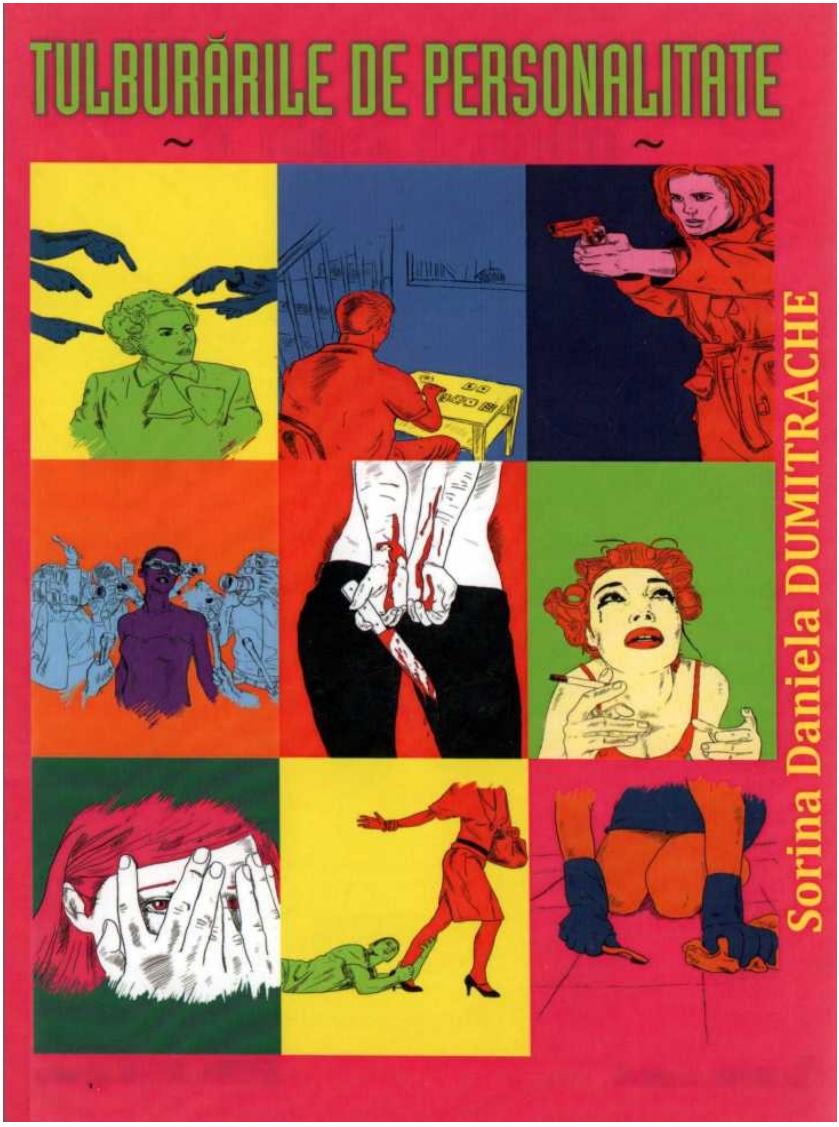


În clinică şi cotidian

colecţia Alma MATER
Editura SPER

Subiectul tulburărilor de personalitate (TP) a stârnit dintotdeauna un interes crescut atât în rândul

specialiştilor din domeniul socio-uman, cât şi în rândul publicului larg.

Motivaţia elaborării acestei lucrări are la bază necesitatea unui manual accesibil studenţilor, a unui ghid practic pentru psihologi, consilieri, psihoterapeuţi şi asistenţi sociali.

Un obiectiv important al lucrării este familiarizarea studenţilor cu această problematică desîntâlnită în mediul clinic şi în cel social, dar şi adaptarea specialiştilor la terminologia modernă, la metodele de diagnoză şi intervenţie actuale.

Pornind de la istoric şi trecând în revistă diferitele clasificări şi tipologii realizate delungul vremii, lucrarea se concentrează pe descrierea generală a tulburărilor de personalitate, pe evidenţierea faţetelor diferitelor comportamente specifice persoanelor cu TP, pe enunţarea criteriilor de diagnostic, pe identificarea cauzelor şi a modalităţilor de intervenţie şi suport.

În cadrul fiecărui capitol sunt prezentate studii de caz ilustrative şi, de asemenea, se face referire şi la alte patologii individuale, interpersonale sau sociale cu care interferează tulburările de personalitate.

Sorina Daniela Dumitrache

Colecţia Alma Mater

Colecţie apărută sub îngrijirea Prof. Dr. Iolanda Mitrofan

Sorina Daniela DUMITRACHE este doctorand în psihologie la Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, Universitatea din Bucureşti, MD, psiholog clinician, psihoterapeut şi consilier P.E.U., asistent formator în consiliere şi psihoterapie experienţială în cadrul Institutului S.P.E.R., formator de formatori; competenţe în psihosexologie, psihopatologie şi psihologie clinică, psihoterapie experienţială şi a unificării, dezvoltare personală unificatoare individuală şi de grup.

De acelaşi autor:

Din culisele psihoterapiei experienţiale unificatoare

studii de caz şi cercetări aplicative (coord., Editura SPER, 2012)

Compendiu de fobii (Editura SPER, 2010, 2012 ed. a II-a)

Parafiliile – extremele comportamentului sexual uman (Editura SPER, 2010)

Pe lângă practica privată în cadrul Cabinetului Individual de Psihologie, autoarea îndeplineşte funcţia de manager în cadrul Institutului S.P.E.R. şi cea de director editorial în cadrul Editurii S.P.E.R.; este membru în comitetul ştiinţific şi de redacţie al *Journal of Experiential Psychotherapy* şi membru în comitetul ştiinţific al *Revistei de Dezvoltare Personală Unificatoare*, *Educaţie pentru mileniul 3*; membru în comitetul ştiinţific şi coordonatorul comitetului de organizare al celor două conferinţe anuale organizate de Institutul S.P.E.R.: *„Conferinţa Internaţională de Psihoterapie Experienţială şi Dezvoltare Personală Unificatoare"* şi conferinţa naţională *„Zilele Dezvoltării Personale Unificatoare. Proiect de educaţie alternativă şi complementară – aplicaţii experienţiale"*.

Autoarea deţine calitatea de membru în diferite asociaţii profesionale naţionale şi internaţionale: Societatea de Psihoterapie Experienţială Română (Institutul SPER), Colegiul Psihologilor din România (COR), Asociaţia Română de Psihiatrie şi Psihoterapie (ARPP), Asociaţia pentru Medicina Sexualităţii din România (AMSR), International Council of Psychologists (ICP), World Psychiatric Association (WPA).

Sorina Daniela DUMITRACHE

TULBURĂRILE

DE

PERSONALITATE

— În clinică şi cotidian –

Editura SPER

Colecţia *Alma Mater*, nr. 34 Bucureşti, 2013

e 2013 Editura SPER – SPER CONS EDIT SRL ISBN 978 – 606 – 8429 – 22 – 9

Editura SPER – acreditată de Consiliul Naţional al Cercetării Ştiinţifice din învăţământul Superior (CNCSIS)

Toate drepturile sunt rezervate autorului şi Editurii SPER.

Nicio parte a lucrării nu poate fi copiată, tradusă, reprodusă în niciun fel fără acordul scris al autorului şi al editurii.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României DUMITRACHE, SORINA DANIELA Tulburările de personalitate: în clinică şi cotidian /

Sorina Daniela Dumitrache.

— Bucureşti: Editura SPER, 2013 Bibliogr.

ISBN 978 – 606 – 8429 – 22 – 9 616.89 – 008.485

Director Generahlolanda Mitrofan Director Editorial: Sorina Daniela Dumitrache

Tehnoredactare: Sorina Daniela Dumitrache, Violeta Pavelescu Corectură: Laurenţiu Mitrofan, Violeta Pavelescu Copertă: Sorina Daniela Dumitrache Design: Mircea Vatavu

Difuzare – Editura SPER

Bucureşti, Splaiul Independenţei, nr. 17, sector 5 Tel. / Fax 031.104.35.18

Email: sperpsigmail.com: comenzi. spergmail.com Web: http://www.sper.ro/editură http://editura sper. wordpress.com/

CUPRINS

Argument 9

Capitolul 1

Descriere generală 11

1.1. Personalitatea normală *versus* personalitatea cu tulburări 11

1.2. Caracteristici obişnuite ale persoanelor cu tulburări de personalitate 13

Capitolul II

Istoria tulburărilor de personalitate 17
2.1. Tulburările de personalitate în literatura de specialitate de-a lungul timpului 17
2.2. Istoric din perspectiva Manualului de Diagnostic şi Statistică a
Tulburărilor Mentale (DSM) 21
Capitolul III
Elemente de diagnostic şi clasificare a tulburărilor de personalitate 31
3.1. Criterii DSM ŞI ICD 31
3.2. Alte clasificări actuale 38
3.3. Prevalenţa tulburărilor de personalitate 42
3.3.1. Diferenţele în funcţie de gen (F/M) 44
3.4. Complicaţii ale tulburărilor de personalitate 46
3.5. Abordare terapeutică (psihoterapie, farmacolerapie) şi suport 47
Capitolul IV
Tulburarea de personalitate paranoidă (TPP) 51
4.1. Descriere generală 53
4.2. Criterii de diagnostic 57
4.3. Noi faţete 58
4.4. Cauze 62
4.5. Abordare terapeutică şi suport 63
4.6. Paranoidul fanatic şi efectele influenţei lui asupra personalităţilor vulnerabile. Jim Jones şi *Templul poporului* 65
Capitolul V
Tulburarea de personalitate schizoidă (TPS) 73
5.1. Descriere generală 74
5.2. Criterii de diagnostic 77
5.3. Noi faţete 78
5.4. Cauze 80
5.5. Abordare terapeutică şi suport 81
5.6. TPS şi adicţia de calculator 82
Capitolul VI

Tulburarea de personalitate schizotipală (TPST) 85
6.1. Descriere generală 86
6.2. Criterii de diagnostic 89
6.3. Noi faţete 90
6.4. Cauze 91
6.5. Abordare terapeutică şi suport 92
6.6. Gândirea magică. Cele 7 credinţe iraţionale care ne conduc viaţa 93
Capitolul VII
Tulburarea de personalitate antisocială (TPA) 99
7.1. Descriere generală 101
7.2. Criterii de diagnostic 103
7.3. Noi faţete 105
7.4. Cauze 107
7.5. Abordare terapeutică şi suport 108
7.6. Femei antisociale 111
Capitolul VIII
Tulburarea de personalitate borderline (TPB) 113
8.1. Descriere generală 115
8.1.1. Tulburarea de personalitate borderline – automutilarea şi suicidul 117
8.1.1.1. Cauzele automutilării şi comportamentelor suicidare 126
8.2. Criterii de diagnostic 130
8.3. Noi faţete 132
8.4. Cauze 133
8.5. Abordare terapeutică şi suport 134
8.6.7 mituri despre TPB 137
I tipii olul IX
Tulburarea de personalitate histrionică (TPH) 141
I I. Descriere generală 143
I 2 Criterii de diagnostic 145
1.3, Noi faţete 146
1.4. Cauze 149
9, 5. Abordare terapeutică şi suport 149

9 îi. Histrionicii şi viaţa lor sexuală 151
Capitolul X
Tulburarea de personalitate narcisică (TPN) 153
10.1. Descriere generală 155
10.2. Criterii de diagnostic 157
10.3. Noi faţete 158
10.4. Cauze 159
10.5. Abordare terapeutică şi suport 160
10.6. Narcisismul şi dorinţa de schimbare a imaginii corporale prin intervenţii chirurgicale 161
Capitolul XI
Tulburarea de personalitate evitantă (TPE) 163
I l.l. Descriere generală 164
11.2. Criterii de diagnostic 166
11.3. Noi faţete 167
11.4. Cauze 168
11.5. Abordare terapeutică şi suport 169
11.6. TPE şi iubirea declarată păpuşilor 171
Capitolul XII
Tulburarea de personalitate dependentă (TPD) 173
12.1. Descriere generală 175
12.2. Criterii de diagnostic 177
12.3. Noi faţete 178
12.4. Cauze 179
12.5. Abordare terapeutică şi suport 180
12.6. TPD şi Complexul *Frumoasa şi Bestia* 182
Capitolul XIII
Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă (TPOC) 183
13.1. Descriere generală 185
13.2. Criterii de diagnostic 188
13.2.1. TPOC trebuie diferenţiată de tulburarea TOC 190
13.3. Noi faţete 190
13.4. Cauze 192

13.5. Abordare terapeutică şi suport 193
13.6. TOC şi profilul criminalului organizat 195
Capitolul XIV
Alte tulburări de personalitate 197
14.1. Tulburarea de personalitate fără altă specificaţie 197
14.2. Tulburarea de personalitate de tip „haltlose” 197
14.3. Tulburarea de personalitate depresivă 198
14.4. Tulburarea de personalitate pasiv-agresivă (tulburarea negativistă a personalităţii) 199
Capitolul XV
Diagnosticul şi evaluarea tulburărilor de personalitate 201
15.1. Probleme în diagnosticare 201
15.2. Teste şi instrumente în evaluarea tulburărilor de personalitate 202
15.3. Diagnostic diferenţial 203
Bibliografie 211
Argument

Subiectul tulburărilor de personalitate (TP) a stârnit dintotdeauna un interes crescut atât în rândul specialiştilor din domeniul socio-uman, cât şi în rândul publicului larg.

Motivaţia elaborării acestei lucrări are la bază necesitatea unui manual accesibil studenţilor, a unui ghid practic pentru psihologi, consilieri, psihoterapeuţi şi asistenţi sociali.

Un obiectiv important al lucrării este familiarizarea studenţilor cu această problematică des întâlnită în mediul clinic şi în cel social, dar şi adaptarea specialiştilor la terminologia modernă, la metodele de diagnoză şi intervenţie actuale.

Pornind de la istoric şi trecând în revistă diferitele clasificări şi tipologii realizate de-a lungul vremii, lucrarea se concentrează pe descrierea generală a tulburărilor de

personalitate, pe evidenţierea faţetelor diferitelor comportamente specifice persoanelor cu TP, pe enunţarea criteriilor de diagnostic, pe identificarea cauzelor şi a modalităţilor de intervenţie şi suport.

În cadrul fiecărui capitol sunt prezentate studii de caz ilustrative şi, de asemenea, se face referire şi la alte patologii individuale, interpersonale sau sociale cu care interferează tulburările de personalitate.

Sorina Daniela Dumitrache

Capitolul I

Descriere generală

1.1. Personalitatea normală *versus* personalitatea cu tulburări

Situate în zona adesea disputată dintre normalitatea psihică şi patologia psihică severă, tulburările de personalitate se descriu ca „un pattern durabil de experienţă internă şi de comportament care deviază considerabil de la expectaţiile culturii individului, este pervasiv şi inflexibil, are debutul în adolescenţă sau precoce în perioada adultă, este stabil în cursul timpului şi duce la detresă sau deteriorare” (DSM-IV-TR, 2000).

Pentru a înţelege mai bine ce este personalitatea cu tulburări, vă propun să clarificăm conceptul de normalitate, care, potrivit autorilor francezi, se defineşte ca rezultat al integrării diferitelor sale componente pulsionale, emoţionale şi cognitive (Gulefi, Boyer, Consoli, Oliver Martin, apud Montreuil, Doron, 2009).

Montreuil, Doron (2009) propun trei modele de personalitate normală:

Normalitatea statistică – indivizii normali sunt indivizii medii, cei anormali (care se abat de la medie) sunt consideraţi *devianţi*;

Normalitatea ideală – desemnează o stare de perfecţiune la care se aspiră; orice comportament care nu este conform cu normele etice sau cu cele sociale (conform modelului sociocultural) este considerat patologic;

Normalitatea funcţională – corespunde stării celei

mai apropiate de modelul de funcţionare psihologică propriu-zisă.

Ellis şi Diamond (apud Tudose, F., Tudose, C., Dobranici, L, 2002) stabilesc următoarele criterii de normalitate:

conştiinţa clară a eului personal; capacitate de orientare în viaţă; nivel înalt de toleranţă la frustrare; autoacceptare; flexibilitate în gândire şi acţiune; realism şi gândire antiutopică; asumarea responsabilităţii pentru propriile tulburări emoţionale; angajarea în activităţi creatoare; angajarea moderată şi prudentă în activităţi riscante; conştiinţa clară a interesului social; gândire realistă; acceptarea incertitudinii şi capacitatea de ajustare a acesteia; îmbinarea plăcerilor imediate cu cele de perspectivă.

În comparaţie cu personalitatea matură[1], care se caracterizează prin adaptarea suplă la situaţii variate de viaţă, asumarea responsabilităţilor şi un contact sanogen cu sine, cu ceilalţi şi cu lumea, personalitatea cu tulburări este caracterizată prin prezenţa unor trăsături rigide, inflexibile şi dezadaptative, care provoacă fie perturbări în funcţionalitatea socio-profesională a individului, fie disconfort în planul intim, personal.

Lăzărescu, Nireştean (2007) descriu tulburarea de personalitate, sau personalitatea dizarmonică, aşa cum mai este numită în literatura de specialitate, astfel: „Personalitatea dizarmonică presupune asocierea unor trăsături dezavantajante, care, din cauza stabilităţii lor în timp şi a particularităţii de a nu fi conştientizate de către individ, sunt inductoare ale unui comportament maladaplativ persistent Acestea reprezintă atributele de bază ale tulburărilor de personalitate şi devin sursa unei diversităţi extreme a formelor de manifestare a suferinţei personale, dar şi colective”. (Lăzărescu, Nireştean, 2007, pg. 150).

---

1 Folosim acest termen pentru a indica o personalitate normală, echilibrată

1.2. Caracteristici obişnuite ale persoanelor cu tulburări de personalitate

Persoanele care suferă de tulburări de personalitate au următoarele caracteristici definitorii:

Sunt egocentrice

Au o stimă de sine crescută, foarte scăzută ori fluctuantă

Au o imagine de sine nerealistă sau instabilă

Le lipseşte încrederea în sine sau au o încredere extremă în sine

Nu îşi asumă erorile, eşecurile îşi autoatribuie succesele altor persoane

Sunt dependente sau independente în mod excesiv

Le lipseşte empatia

Manifestă inflexibilitate în gândire şi opinii

Sunt rigide

Sunt irascibile şi iritabile

Suferă de gelozie patologică

Relaţiile interpersonale sunt tensionate

Sunt uşor de supărat îi blamează în mod constant pe ceilalţi

Sunt lipsite de încredere în ceilalţi îi devalorizează pe ceilalţi

Relaţiile socio-profesionale sunt perturbate, dar şi relaţiile intime, cât şi relaţia cu propriul Eu

Sunt impulsivi şi compulsivi îi manipulează pe ceilalţi pentru a obţine diferite foloase

Valorile lor sunt în dezacord cu cele ale altor persoane ori ale societăţii sau adoptă în mod nediscriminativ opiniile celorlalţi

Sunt hetero-agresivi şi auto-agresivi

Manifestă emoţii în exces sau sunt aplatizaţi afectiv

Manifestă instabilitate la critică şi frustrare

Au o teamă accentuată de rejecţie, ridiculizare sau abandon

Ameninţă cu suicidul

Persoana suferă din cauza bolii, dar produce suferinţă şi celor din jur

Aceste persoane nu consideră că este ceva în neregulă cu maniera lor de a fi, de a se purta[2]

Au un grad crescut de inadaptabilitate socială

Tulburările de personalitate sunt modele de comportament cronice şi durabile (nu episodice), apar devreme în viaţa adultă (deşi adesea le întâlnim încă din copilărie, când le numim *tulburări de comportament*) şi însoţesc individul pe toată durata vieţii lui.

Ştim că, adesea, trăsăturile de personalitate nu persistă neschimbate în viaţa adultă, de aceea, pentru a pune un diagnostic de tulburare de personalitate unui individ sub 18 ani (APA, 2000)[3], trăsăturile trebuie să fi fost prezente de cel puţin 1 an (excepţie face *tulburarea de personalitate antisocială*, care se poate diagnostica mai devreme, însă, numai în condiţiile în care există un istoric de simptome de tulburare de conduită înainte de vârsta de 15 ani).

Tulburările de personalitate nu corespund accepţiunii comune de boală şi nu se conformează modelului medical al bolii, în sensul că acestea nu prezintă în primul rând un debut care să poată fi identificat în timp, nu indică o stare de manifestare clinică extremă, şi nici vindecare. Este adevărat, însă, că tulburarea de personalitate se manifestă mai pregnant în decada a III-a şi a IV-a de viaţă şi că trăsăturile se estompează după această etapă, însă acest lucru nu se confundă cu „eliberarea de boală” (Ionescu, 1997).

Capitolul II

Istoria tulburărilor de personalitate

2.1. Tulburările de personalitate în literatura de

---

2 Trăsăturile sunt egosintonice (acceptabile pentru Eu), nu egodistonice (sunt străine Eului, motiv pentru care subiectul dă întotdeauna vina pe alţii)

31 Potrivit ICD-10, diagnosticul de tulburare de personalitate nu se pune mai devreme de vârsta de 16,17 ani.

specialitate de-a lungul timpului

Aşa cum descriu şi autorii Lăzărescu, M., Nireştean A., (2007) diversele episoade şi boli psihice sau manifestări comportamentale patologice (mai mult sau mai puţin înţelese sau tolerate) au impresionat dintotdeauna omenirea.

Firea omului şi mai ales manifestările comportamentale deviante au fost descrise încă din cele mai vechi timpuri. Ne oprim asupra descrierilor şi clasificărilor care au marcat cel mai mult progresul în înţelegerea personopatiilor.

Noţiunea de „personalitate anormală" aparţine întemeietorului psihiatriei clasice franceze, Philippe Pinel, în lucrarea „Mania fără delir" (1801, apud Ionescu, 1997). Termenul de personalitate anormală era atribuit acelor pacienţi cu *„funcţii intelectuale, de percepţie, judecată, memorie, imaginaţie intacte"*, dar care prezentau *„anumite izbucniri nervoase"*, comiteau *„acte impulsive"*, a căror amploare atingea uneori *„o furie criminală"*.

Mai târziu, medicul american Benjamin Rush (1812, apud Ionescu, 1997), care a pus bazele psihologiei medicale americane, a descris persoane cu *„raţiune sănătoasă şi intelect bun"* dar *„neschimbate ca afectf"*, *„fără ruşine"* şi cu o *„înnăscută"*.

Jean Étienne Dominique Esquirol, clasic al psihopatologiei franceze, descrie în 1837 (apud Ionescu, 1997) pacienţi nonpsihotici, dar cu un mod de gândire şi comportament distorsionate.

Aportul ştiinţific care a marcat, practic, istoria tulburărilor de personalitate este cel al autorului lucrării „Tratat asupra demenţei şi a altor tulburări ale minţii" (1835), James Cowles Prichard. În această lucrare, lansează termenul de *„insanity"* (nebunie morală[4]) descriind pacienţi „lipsiţi de simţul dreptăţii, de bunătate, de înţelegere empatică şi de responsabilitate" (Milion et

4 Noţiunea de „moral" se referea la vremea respectivă mai mult la manifestări afective.

al., 1998).

Koch (1891) a fost primul care a folosit termenul de „*psihopatie*” (termen menţinut multă vreme), făcând referire la o „inferioritate psihopatică” (Lăzărescu, Nireştean, 2007, apud Ailenei, 2011).

Ulterior, Emil Kraepelin[5] (1905, apud Lăzărescu, Nireştean, 2007) va utiliza acelaşi termen de „personalitate psihopatică”, pe care îl va dezvolta.

Kraepelin dezvoltă noţiunea de „spectru al tulburărilor de personalitate” (1921, apud Ionescu, 1997) şi elaborează practic o concepţie proprie asupra tulburărilor de personalitate (pe care le considera „anomalii constituţionale ale personalităţii” sau „psihoze nedezvoltate”).

În 1927, Kraepelin elaborează tipurile de personalitate pe care le denumeşte:

schizoid cicloid epileptoid senzitiv.

Ulterior, acelaşi autor alcătuieşte prima clasificare modernă a tulburărilor de personalitate în şapte grupe:

Instabili impulsivi excentrici mincinoşi escroci antisociali cverulenţi.

Mai târziu, Kurt Schneider (1928, apud Lăzărescu, Nireştean, 2007) va clasifica tulburările de personalitate în 10 tipuri psihopatice, ţinând cont de faptul că aceste personalităţi nu doar îi chinuie pe ceilalţi (aşa cum se credea până la el), ci se chinuie şi pe sine. Schneider, în lucrarea sa „Personalităţi Psihopatice” (1950, apud Schneider, 1959), defineşte această categorie astfel: „*Personalităţile psihopatice sunt acele forme anormale care suferă din cauza anomaliei lor şi din cauza acestei anomalii suferă şi societatea*”.

Tipologia propusă de autor este următoarea:

psihopaţii hipertimici sau activi psihopaţii deprimaţi psihopaţii timoraţi psihopaţii fanatici psihopaţii vanitoşi psihopaţii cu dispoziţie labilă psihopaţii explozivi psihopaţii

5 Emil Kraepelin este fondatorul nosografiei psihiatrice modeme.

reci psihopaţii abulici psihopaţii astenici.

Contribuţia cea mai amintită în literatura de specialitate este în mod indubitabil cea a psihiatrului de origine germană Karl Leonhard, autor al celebrei lucrări „Personalităţi accentuate în viaţă şi literatură”. În lucrarea sa, Karl Leonhard citează personaje din întreaga literatură universală şi descrie 10 firi umane. Autorul consideră personalităţile accentuate o categorie distinctă de tulburările de personalitate, graniţa dintre acestea două fiind extrem de fină. Personalităţile accentuate, în viziunea lui Leonhard, au note mai acute şi se situează între personalităţile normale şi personalităţile psihopatice propriu-zise.

Leonhard (1979) postulează ideea conform căreia personalităţile accentuate pot deveni tulburări de personalitate, şi se pot decompensa, însă doar în situaţii de stres major, în timp ce personalităţile cu tulburări prezintă riscul de a se decompensa în orice situaţie.

Leonhard propune următoarele firi umane:

Trăsături accentuate de comportament

Firea demonstrativă

Firea hiperexactă

Firea hiperperseverentă

Firea nestăpânită

Trăsături accentuate de temperament şi dispoziţie afectivă

Firea hipertimică

Firea distmică

Firea labilă

Firea exaltată

Firea anxioasă

Firea emotivă

Fiecare fire umană descrisă de Karl Leonard poate echivala cu o tulburare de personalitate, de pildă firea demonstrativă poate echivala cu tulburarea de personalitate histrionică, firea hiperexactă cu tulburarea

de personalitate obsesiv-compulsivă, lirea hiperperseverentă cu tulburarea de personalitate paranoidă, îi rea distimică poate echivala cu tulburarea de personalitate depresivă, firea anxioasă sau emotivă cu tulburarea de personalitate evitantă sau dependentă etc.

Tratatele moderne de psihiatrie descriu viziunea lui I. Eonhard la capitolul istorie a tulburărilor de personalitate şi o consideră o altă etapă în definirea şi înţelegerea personopatiilor.

2.2. Istoric din perspectiva Manualului de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale (DSM)

Din punct de vedere istoric, tulburările de personalitate au suferit o serie de modificări în ceea ce priveşte clasificarea şi încadrarea. Vom face o incursiune în fiecare ediţie a Manualului de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale pentru a vedea rum au fost acestea înţelese şi prezentate de-a lungul timpului.

Potrivit primei ediţii a Manualului de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale (DSM I, 1952), tulburările de personalitate sunt caracterizate prin dezvoltarea unor distorsiuni şi tendinţe patologice în structura de personalitate, cu anxietate subiectivă minimă şi cu impact asupra comportamentului şi conduitei individului.

Astfel, în categoria tulburărilor de personalitate intră următoarele:

Patternuri disfuncţionale ale personalităţii[6]
Personalitatea neadecvată
Personalitatea schizoidă
Personalitatea ciclotimică
Personalitatea paranoidă
Trăsături disfiincţionale ale personalităţii[7]
Personalitatea emoţional instabilă
Personalitatea pasiv-agresivă

60 Personality pattern disturbance
7 Personality trait disturbance

Personalitatea compulsivă
Alte tulburări de trăsături ale personalităţii
Tulburarea sociopată a personalităţii
Reacţia de tip antisocial[8]
Reacţia dissocială
Devianţa sexuală
Adicţia (alcoolismul; dependenţa de droguri)
Reacţii cu simptome specifice
Tulburări de învăţare
Tulburări de vorbire
Enurezis
Somnambulism
Altele
Tulburările de personalitate situaţionale sau tranzitorii[9]
Perturbări contextuale ale personalităţii[10]
Reacţia negativă la stres
Reacţia situaţională a adultului
Reacţia de adaptare a sugarului
Reacţia de adaptare în copilărie (tulburări ale deprm derilor; tulburări de conduită, trăsături nevrotice)
Reacţia de adaptare în adolescenţă
Reacţia de adaptare la vârsta a treia.
1. Patternuri disfuncţionale ale personalităţii

Acestea sunt mai mult sau mai puţin tipurile cardinale de personalitate, care nu pot fi schimbate decât foarte rar, printr-o formă de psihoterapie de lungă durată, care să îi ajute să funcţioneze mai bine. Manifestă slabă rezistenţă la stres şi au mari şanse să alunece în psihoză.

Personalitatea neadecvată. Aceşti indivizi se caracterizează prin răspunsuri neadecvate în faţa cererilor de ordin intelectual, emoţional, social şi fizic. Ei manifestă

8 Antisocial reaction
9 Transient situational personality disorders
10 Transient situational personality disturbance

inadaptabilitate, incompetenţă, energie fizică şi emoţională redusă şi incompatibilitate socială.

Personalitatea schizoidă. Trăsăturile inerente acestei personalităţi sunt: evitarea relaţiilor apropiate cu ceilalţi, inabilitatea de a-şi exprima emoţiile şi gândire autistă.

Personalitatea ciclotimică. Aceşti indivizi se caracterizează printr-o adaptare extrovertă şi sociabilă la situaţiile de viaţă, emanând căldură umană, prietenie, generozitate (deseori superficială). Au o dispoziţie fluctuantă, alternând emoţii aflate la poli opuşi (exaltarea cu tristeţea).

Personalitatea paranoidă. Aceste persoane au anumite trăsături comune cu schizoizii şi prezintă o sensibilitate crescută în relaţiile interpersonal, denotă o suspiciozitate nefirească, Invidie, gelozie extremă şi încăpăţânare.

2. Trăsături disfuncţionale ale personalităţii

Această categorie se aplică persoanelor care nu sunt capabile să şi menţină echilibrul emoţional şi independenţa în cazuri de stres minor sau major. Acestea prezintă tulburări la nivelul dezvoltării pxiho-emoţionale, manifestând o imaturitate pregnantă.

Personalitatea emoţional instabilă. În aceste cazuri, persoana reacţionează emotiv şi ineficient atunci când se confruntă cu un stres minor. Emoţiile sale sunt fluctuante din pricina controlului scăzut asupra ostilităţii, sentimentelor de vinovăţie şi anxietăţii.

Personalitatea pasiv-agresivă. În această grupare, există trei subtipuri:

— Subtipul pasiv-dependent: caracterizat prin neajutorare, nehotărâre şi tendinţa de a se agăţa de ceilalţi.

— Subtipul pasiv-agresiv: agresivitatea este exprimată, în cazul acestui subtip, în mod pasiv (îmbufnare, încăpăţânare, amânare, lipsă de eficienţă).

— Subtipul agresiv: se manifestă în principal prin iritabilitate, accese de furie şi comportamente distructive.

Personalitatea compulsivă. Aceste persoane se caracterizează prin preocupări cronice, excesive sau obsesive în legătură cu standardele morale sau conformismul. Pot fi supra-inhibaţi, excesiv de conştiincioşi şi pot avea o capacitate de muncă exacerbată. De obicei, sunt rigizi şi le lipseşte capacitatea de a se relaxa.

Alte trăsături disfuncţionale ale personalităţii. Această categorie a fost inclusă pentru a permite o lărgire a gamei de diagnostic. Pot fi incluse aici cazurile în care o trăsătură de personalitate este exacerbată şi care nu poate fi inclusă în altă categorie de mai sus.

3. Tulburarea sociopată a personalităţii

Persoanele care sunt incluse în această categorie prezintă tulburări în sfera relaţiei cu mediul social în primul rând, dar şi disfuncţii interpersonale marcante.

Reacţia de tip antisocial. Această noţiune se referă la persoanele care au comportamente antisociale în mod cronic, care intră mereu în conflicte şi care nu respectă normele şi legile. Sunt caracterizate prin cruzime, hedonism, lipsă de judecată. Au o abilitate crescută de a-şi raţionaliza comportamentul, făcându-l să pară întemeiat, logic şi justificat

Reacţia dissocială. Noţiunea se aplică persoanelor care nu iau în considerare normele şi prescripţiile sociale, intrând deseori în conflict cu acestea, din cauza unei vieţi trăite într-un mediu promiscuu şi imoral. Persoanele respective pot fi capabile de o loialitate crescută şi nu manifestă în mod obişnuit alte deviaţii semnificative ale personalităţii, decât cele rezultate în urma aderării la valorile sau codurile grupurilor infracţionale, criminale sau antisociale.

Aşa cum am precizat mai sus, în categoria *tulburarea sociopată a personalităţii* intra în 1952 şi devianţa sexuală şindicţia (alcoolismul, dependenţa de droguri).

Tot în DSM I, la categoria tulburări de personalitate avem o ultimă subclasă, numită tulburările de personalitate situaţionale sau tranzitorii. Acestea descriu

reacţiile care sunt mai mult sau mai puţin tranzitorii şi care par a fi un răspuns simptomatic acut la o situaţie. Simptomele reprezintă mijlocul imediat folosit de persoană în încercarea de a se adapta la o situaţie copleşitoare. Când stresul se diminuează, şi există bune capacităţi de adaptare, se poate produce în general remisia simptomelor.

În DSM II (1968), tulburările de personalitate sunt descrise în marea clasă: Tulburări de personalitate şi alte tulburări mentale non-psihotice.

Dacă în DSM I deviaţiile sexuale, alcoolismul şi dependenţa de droguri erau descrise ca un subtip al tulburării de personalitate de tip sociopat, în DSM II ele sunt listate ca o categorie separată de tulburările de personalitate (alte tulburări mentale non-psihotice).

Tulburările de personalitate sunt definite aici ca tipare dezadaptative de comportament adânc înrădăcinate, care diferă net de simptomele psihotice şi nevrotice în ceea ce priveşte calitatea lor (DSM II, 1968). În general, acestea sunt tipare care persistă de-a lungul vieţii şi pot fi recunoscute deseori la adolescenţă sau chiar mai devreme.

Tulburările de personalitate descrise în DSM II sunt următoarele:

Personalitatea paranoidă

Personalitatea ciclotimică (personalitatea afectivă)

Personalitatea schizoidă

Personalitatea explozivă (tulburarea de personalitate epileptoidă)

Personalitatea obsesiv-compulsivă (personalitatea anancastă)

Personalitatea isterică (tulburarea de personalitate histrionică)

Personalitatea astenică

Personalitatea antisocială

Personalitatea pasiv-agresivă

Personalitatea neadecvată

Alte tipuri specificate de tulburări de personalitate (personalitatea imatură)

[tulburări de personalitate nespecificate]

Personalitatea paranoidă. Se caracterizează, aşa cum se specifică în DSM II, prin hipersensibilitate, rigiditate, suspiciune nejustificată, gelozie, invidie, sentimentul exagerat al autoimportanţei şi o tendinţă de a-i învinovăţi pe alţii şi de a le atribui motivaţii răuvoitoare. Aceste caracteristici interfera deseori cu abilitatea pacientului de a menţine relaţii interpersonal satisfăcătoare.

Personalitatea ciclotimică (personalitatea afectivă). Acest tipar de comportament se manifestă prin perioade recurente şi alternante de depresie şi exaltare. Perioadele de exaltare pot fi punctate de ambiţie, căldură, entuziasm, optimism şi energie crescută. Perioadele de depresie pot fi punctate de îngrijorare, pesimism, energie scăzută şi lipsă de sens. Aceste variaţii ale dispoziţiei nu pot fi atribuite unor circumstanţe externe; dacă este posibil, diagnosticul ar trebui să specifice dacă dispoziţia este în mod caracteristic depresivă, hipomaniacală sau alternantă.

Personalitatea schizoidă. Se caracterizează prin timiditate, sensibilitate crescută, izolare, evitarea relaţiilor apropiate şi excentricitate. Gândirea autistă este deseori întâlnită (fără pierderea capacităţii de a recunoaşte realitatea), precum şi reveria şi inabilitatea de a-şi exprima sentimentele şi emoţiile. Aceşti pacienţi reacţionează la experienţele tulburătoare şi la conflicte cu aparentă detaşare.

Personalitatea explozivă (tulburarea de personalitate epileptoidă). Acest tipar de comportament se manifestă prin Izbucniri grosiere de mânie sau de agresivitate verbală ori fizică. Aceste izbucniri diferă în mod evident de comportamentul obişnuit al pacientului; acesta nu se poate controla, iar ulterior poate manifesta regrete şi remuşcări. Aceşti pacienţi sunt consideraţi a I în general impulsivi, agresivi, răspunzând în mod exacerbat şi Inadecvat la presiunile mediului. Cazurile diagnosticate cu

„personalitate agresivă” intră în această categorie.

Personalitatea obsesiv-compulsivă (personalitatea anancastă). Se caracterizează prin îngrijorări excesive privind conformismul şi aderenţa la standarde morale. În consecinţă, persoanele din acest grup pot fi rigide, supra-inhibate, excesiv de conştiincioase şi muncitoare dar, în acelaşi timp, incapabile să se relaxeze.

Personalitatea isterică (tulburarea de personalitate histrionică). Acest tipar de comportament se caracterizează prin iritabilitate, instabilitate emoţională, reacţii exagerate şi dramatizare excesivă. Caută mereu să capteze atenţia altora şi sunt deseori seductivi. Sunt imaturi, centraţi pe sine, de multe ori vanitoşi şi, de obicei, dependenţi de ceilalţi.

Personalitatea astenică. Se defineşte prin fatigabilitate facilă, nivel scăzut de energie, lipsa entuziasmului, incapacitate pronunţată de a se bucura, sensibilitate crescută la stresul fizic şi emoţional.

Personalitatea antisocială. Acest diagnostic se pune persoanelor ale căror tipare de comportament le conduc în mod repetat la conflict cu mediul social. Nu sunt capabile de loialitate faţă de indivizi, grupuri sau valori sociale. Sunt egoişti, cruzi, iresponsabili, impulsivi şi incapabili să simtă vinovăţia sau să înveţe din experienţe ori din pedepse. Au toleranţă scăzută la frustrare şi au tendinţa de a-i învinovăţi pe ceilalţi sau de a oferi raţionalizări plauzibile pentru comportamentul lor.

Personalitatea pasiv-agresivă. Acest tipar de comportament se caracterizează atât prin pasivitate, cât şi prin agresivitate (agresivitatea poate fi exprimată şi în mod pasiv).

Personalitatea neadecvată. Se defineşte prin răspunsuri ineficiente la solicitările de ordin emoţional, social, intelectual şi fizic.

Dacă în celelalte ediţii ale Manualului de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale, clinicianul era obligat să diagnosticheze pacientul cu o singură tulburare de

personalitate, lucrurile s-au schimbat începând cu cea de-a treia ediţie (DSM III, 1980), admiţându-se existenţa la acelaşi individ nu doar a unei singure tulburări de personalitate, ci chiar a două sau mai multe, toate putând fi diagnosticate dacă pacientul în cauză îndeplinea criteriile de diagnostic.

În aceeaşi ediţie, tulburările de personalitate, definite va patternuri dezadaptative şi inflexibile care cauzează fie Invalidarea individului pe plan socio-profesional, fie detresă la nivel personal au fost grupate în trei clustere, astfel:

Cluster A (indivizii cu aceste tulburări apar ca fiind excentrici, bizari)

Tulburarea de personalitate Paranoidă

Tulburarea de personalitate Schizoidă

Tulburarea de personalitate Schizotipală

Cluster B (indivizii cu aceste tulburări apar ca fiind teatrali, emoţionali)

Tulburarea de personalitate Antisocială

Tulburarea de personalitate Borderline

Tulburarea de personalitate Histrionică

Tulburarea de personalitate Narcisică

Cluster C (indivizii cu aceste tulburări apar ca fiind anxioşi, temători)

Tulburarea de personalitate Evitantă

Tulburarea de personalitate Dependentă

Tulburarea de personalitate Compulsivă

Tulburarea de personalitate Pasiv-agresivă şi Tulburarea de personalitate atipică, mixtă şi alte tulburări de personalitate.

Împărţirea pe clustere s-a păstrat şi în celelalte ediţii ale Manualului de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale (DSM III RR, DSM IV, DSM-IV-TR).

Capitolul III

Elemente de diagnostic şi clasificare a tulburărilor de personalitate

3.1. Criterii DSM ŞI ICD[11]

Potrivit celei mai recente Ediţii DSM-IV-TR (2000), tulburarea de personalitate este un pattern durabil de experienţă internă şi de comportament care deviază considerabil ţie la expectaţiile culturii individului, este pervasiv şi inflexibil, arc debutul în adolescenţă sau precoce în perioada adultă, este stabil în cursul timpului şi duce la detresă sau deteriorare.

DSM-IV-TR

Tulburarea de personalitate

Criterii de Diagnostic

A. Un pattern durabil de experienţă internă şi de comportament care ilvviază considerabil de la cerinţele culturii individului. Acest pattern se manifestă în două (sau mai multe) din următoarele domenii:

11) cunoaştere (adică modurile de a se percepe şi interpreta pe sine, altr persoane şi evenimentele);

(2) afectivitate (adică gama, intensitatea, labilitatea şi adecvarea răspunsului emoţional);

(3) funcţionare interpersonal;

(4) controlul impulsului.

B. Patternul durabil este inflexibil şi pervasiv în raport cu o gamă largă de situaţii personale şi sociale.

C. Patternul durabil duce la o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcţionare.

D. Patternul este stabil şi de lungă durată, iar debutul său poate fi trasat retrospectiv cel puţin până în adolescenţă sau la începutul perioadei adulte.

E. Patternul durabil nu este explicat mai bine ca manifestare sau consecinţă a unei alte tulburări mentale.

F. Patternul durabil nu este cauzat de efectele fiziologice directe ale unei substanţe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau ale unei condiţii medicale

11 IntiMTiational Classification of Diseases (Clasificarea Internaţională a Mal,uliilor)

generale (de ex., traumatism cranian)

e DSM-IV-TR American Psychiatric Association (2000)

Făceam referire mai sus la împărţirea pe clustere a tulburărilor de personalitate, despre care spuneam că s-a păstrat. Astfel, avem descrise în DSM-IV-TR (2000) următoarele tulburări de personalitate:

Cluster A (bizarerie, excentricitate)

Tulburarea de personalitate paranoidă

Tulburarea de personalitate schiziodă

Tulburarea de personalitate schizotipală

Cluster B (teatralitate, emoţionalitate, extravaganţă)

Tulburarea de personalitate antisocială

Tulburarea de personalitate borderline

Tulburarea de personalitate histrionică

Tulburarea de personalitate narcisică

Cluster C (anxios-temătoare)

Tulburarea de personalitate evitantă

Tulburarea de personalitate dependentă

Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă

Tulburarea de personalitate fără altă specificaţie

Tulburarea de personalitate paranoidă – este definită printr-un pattern de neîncredere şi suspiciozitate, intenţiile celorlalţi fiind interpretate ca fiind răuvoitoare.

Tulburarea de personalitate schizoidă – este definită printr-un pattern de detaşare de relaţiile sociale şi o gamă restrânsă de expresie emoţională.

Tulburarea de personalitate schizotipală – este definită printr-un pattern de disconfort acut în relaţiile intime, distorsiuni cognitive sau perceptuale şi excentricităţi de comportament

Tulburarea de personalitate antisocială – este definită printr-un pattern de desconsiderare şi violare a drepturilor altora.

Tulburarea de personalitate borderline – este definită printr-un pattern de instabilitate în relaţiile personale, imagine de sine şi afecte, impulsivitate marcată.

Tulburarea de personalitate histrionică – este definită printr-un pattern de emoţionalitate excesivă şi căutare a atenţiei.

Tulburarea de personalitate narcisică – este definită printr-un pattern de grandoare, nevoie de admiraţie şi lipsa de mnpatie.

Tulburarea de personalitate evitantă – este definită printr-un pattern de inhibiţie socială, sentimente de inadecvare VI hipersensibilitate la evaluarea negativă.

Tulburarea de personalitate dependentă – este IIHI – nită printr-un pattern de comportament submisiv şi de aderenţă în legătură cu necesitatea excesivă de a fi protejat de cineva.

Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă – este definită printr-un pattern de preocupare de ordine, perfecţionism şi control.

Tulburarea de personalitate fără altă specificaţie:

a. Patternul de personalitate al individului satisface criteriile generale pentru o tulburare de personalitate, dar sunt prezente trăsături ale mai multor tulburări de personalitate. Acest pattern nu satisface însă criteriile pentru nicio tulburare de personalitate specifică.

b. Patternul de personalitate al individului satisface criteriile generale pentru o tulburare de personalitate, dar respectiva tulburare nu este inclusă în clasificare (de ex. tulburarea de personalitate depresivă, pasiv-agresivă).

ICD 10 (International Classificiation of Diseases, 1992) defineşte tulburarea specifică de personalitate drept o perturbare severă în constituţia caracterologică şi tendinţele comportamentale ale individului, implicând de obicei mai multe arii ale personalităţii; aceste trăsături sunt asociate aproape întotdeauna cu o considerabilă disrupţie personală şi socială.

ICD-10

Tulburarea de Personalitate

Caracteristici

Situaţiile care nu pot fi direct atribuite unor

distrugeri cerebrale masive, unei boli cerebrale sau unei alte tulburări psihiatrice, şi care îndeplinesc următoarele criterii:

(a) Atitudini şi comportamente marcat dizarmonice, implicând de obicei mai multe arii de funcţionare, de ex. afectivitatea, agitaţia, controlul impulsurilor, modurile de percepere şi gândire şi stilul de colaţionare cu ceilalţi;

(b) Patternul (modelul) de comportament anormal este durabil, constând în episoade prelungite şi nelimitate de boală psihică;

(c) Comportamentul anormal este implicat în mod clar într-o largă gamă de situaţii personale şi sociale;

(d) Manifestările mai sus menţionate apar în copilărie sau adolescenţă şi continuă în viaţa adultă;

(e) Tulburarea duce la un disconfort subiectiv, dar acest lucru poate deveni evident numai târziu, în cursul evoluţiei;

(1) Tulburarea este de obicei (dar nu întotdeauna) asociată cu probleme semnificative în performanţa profesională şi socială.

Pentru diagnostic, multe din subtipurile de mai jos necesită prezenţa dură şi dovedită acel puţin 3 din caracteristicile (trăsăturile) de comportament din descrierea clinică.

e ICD-10 Organizaţia Mondială a Sănătăţii (1992)

l'otrivit ICD-10, avem următoarele tulburări de personalitate:

Tulburarea de personalitate paranoidă

Tulburarea de personalitate schiziodă

Tulburarea de personalitate disocială

Tulburarea de personalitate emoţional-instabilă (de tip impulsiv / de tip borderline)

Tulburarea de personalitate histrionică

Tulburarea de personalitate anancastă

Tulburarea de personalitate anxios-evitantă

Tulburarea de personalitate dependentă

Alte tulburări specifice de personalitate (narcisică, pasiv-agresivă, de tip „haltlose”)

Tulburări de personalitate nespecifică (nevroza de caracter)

Tulburări de personalitate mixte şi alte tulburări de personalitate (mixtă)

Schimbări durabile ale personalităţii (după o trăire catastrofică, după o afecţiune psihiatrică, alte schimbări durabile ale personalităţii – sindromul personalităţii cu durere cronică, după o trăire de privaţiune)

DSM-IV-TR		ICD-10	
Cluster A	Tulburarea paranoidă de personalitate	Tulburarea paranoidă de personalitate	Sorginte psihotică
	Tulburarea schizoidă de personalitate	Tulburarea schizoidă de personalitate	
	Tulburarea schizotipală de personalitate		
Cluster B	Tulburarea antisocială de personalitate	Tulburarea disocială de personalitate	Sorginte psiho-socială
	Tulburarea borderline de personalitate	Tulburarea emoţionalinstabilă de personalitate	
	Tulburarea histrionică de personalitate	Tulburarea histrionică de personalitate	

Tulburarea de personalitate narcisică	...
Tulburarea de personalitate evitantă	Tulburarea de personalitate anxios-evitantă
Tulburarea de personalitate dependentă	Tulburarea dependentă de personalitate
Tulburarea de personalitate obsesivcompulsivă	Tulburarea de personalitate anancastă

Tabel comparativ – tulburările de personalitate

Ediţia a V-a Manualului de Diagnostic şi Statistică a Tulburările Mintale (DSM V), lansat în 2013, descrie aceleaşi 10 tulburări de personalitate, şi anume:

Tulburarea de personalitate schizotipală
Tulburarea de personalitate borderline
Tulburarea de personalitate antisocială
Tulburarea de personalitate narcisică
Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă
Tulburarea de personalitate evitantă
Tulburarea de personalitate schizoidă
Tulburarea de personalitate paranoidă
Tulburarea de personalitate histrionică
Tulburarea de personalitate dependentă (APA, 2013).

3.2. Alte clasificări actuale

Aşa cum am aflat încă de la începutul acestei cărţi, tulburările de personalitate au fost foarte disputate,

specialiştii având păreri împărţite, mulţi dintre ei venind cu o viziune şi clasificare proprie.

Milion[12] (2007) afirmă că, deşi, tulburarea de personalitate este un sindrom de sine stătător, se poate, totuşi, asocia cu elemente, trăsături ale altor tulburări de personalitate.

Astfel, Milion vorbeşte despre următoarele subtipuri ale tulburărilor de personalitate:

Tulburarea de personalitate paranoidă include:

paranoidul perseverent (se asociază cu trăsături specifice tulburării de personalitate obsesiv-compulsive)

paranoidul arţăgos (se asociază cu trăsături specifice TP negativiste (sau pasiv-agresive»

paranoidul izolat (se asociază cu trăsături specifice TP evitante)

paranoidul malign (se asociază cu trăsături specifice TP sadice[13])

paranoidul fanatic (se asociază cu trăsături specifice TP trăsături narcisice)

Tulburarea de personalitate schizoidă:

schizoidul izolat (se asociază cu trăsături specifice TP evitante şi schizotipale)

schizoidul apatic (se asociază cu trăsături specifice

---

12 Theodor Milion este teoretician şi cercetător renumit în domeniul psihologiei, recunoscut pentru studiile şi cercetările sale în domeniul personalităţii şi psihopatologiei. Este decan şi Director Ştiinţific al Institutului pentru Studii Avansate în Personalitate şi Psihopatologie, fost profesor la Harvard Medical School (Psihiatrie), Universitatea din Miami (Psihologie) şi Universitatea din Illinois, redactor fondator al „Journal of Personality Disorders" şi preşedintele inaugural al Societăţii Internaţionale pentru Studiul tulburărilor de personalitate, autor sau editor al peste 30 de cărţi în domeniu şi mai mult de 250 de articole publicate în reviste de specialitate. în ultimul deceniu a fost premiat cu cele mai înalte distincţii de către A.P.A. (American Psychological Association: APA Presidential Citation, APA’s distinguished Professional Contribution to Research şi APA’s Gold Lifetime Achievement Award.

131 ' Tulburarea de personalitate sadică nu este validată, trăsăturile acesteia au liml preluate de tulburarea de personalitate antisocială.

TP depresive[14])

schizoidul glacial (se asociază cu trăsături specifice TP obsesiv-compulsive)

schizoidul disociat (se asociază cu trăsături specifice TP schizotipale)

Tulburarea de personalitate schizotipală:

schizotipalul insipid (se asociază cu trăsături specifice TP schizoide, depresive şi dependente)

schizotipalul timorat (se asociază cu trăsături specifice TP evitante şi negativiste)

Tulburarea de personalitate antisocială:

antisocialul avid (este varianta *pură* a antisocialului)

antisocialul defensiv (se asociază cu trăsături specifice TP narcisice)

antisocialul aventuros (se asociază cu trăsături specifice TP histrionice)

antisocialul nomad (se asociază cu trăsături specifice TP schizoide şi evitante)

antisocialul răuvoitor (se asociază cu trăsături specifice TP sadice, paranoide)

Tulburarea de personalitate borderline:

borderline-ul dezolat (se asociază cu trăsături specifice TP evitante, depresive sau dependente)

borderline-ul iritabil (se asociază cu trăsături specifice TP negativiste)

borderline-ul impulsiv (se asociază cu trăsături specifice TP histrionice şi antisociale)

borderline-ul autodistructiv (se asociază cu trăsături specifice TP depresive şi masochiste)

Tulburarea de personalitate histrionică:

histrionicul împăciuitor (are trăsături specifice TP dependente şi obsesiv-compulsive)

histrionicul vivace (are trăsături specifice TP narcisice)

---

14 Tulburarea de personalitate depresivă nu este validată în prezent.

histrionicul inoportun (are trăsături specifice TP negativiste)

histrionicul viclean (are trăsături specifice TP antisociale)

histrionicul teatral (varianta *pură*)

histrionicul infantil (are trăsături specifice TP borderline)

Tulburarea de personalitate narcisică:

narcisistul imoral (are trăsături specifice TP antisociale)

narcisistul elitist (varianta *pură*)

narcisistul seductiv (are trăsături specifice TP histrionice)

narcisistul complexat (are trăsături specifice TP negativiste şi evitante)

Tulburarea de personalitate evitantă:

evitantul fobie (are trăsături specifice TP dependente)

evitantul frământat (are trăsături specifice TP negativiste)

evitantul hipersensibil (are trăsături specifice TP paranoide)

evitantul auto-dezertor (are trăsături specifice TP depresive)

Tulburarea de personalitate dependentă:

Dependentul neliniştit (se asociază cu trăsături specifice TP evitante)

Dependentul fuzionat[15] (se asociază cu trăsături specifice TP depresive)

Dependentul imatur (variantă *pură*]

Dependentul grijuliu (se asociază cu trăsături specifice TP masochiste)

Dependentul ineficient (se asociază cu trăsături specifice TP schizoide)

---

15 Lipsit de identitate

Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă:

obsesiv-compulsivul conştiincios (se asociază cu trăsături specifice TP dependente)

obsesiv-compulsivul birocratic (se asociază cu trăsături specifice TP narcisice)

obsesiv-compulsivul puritan (se asociază cu trăsături specifice TP paranoide)

obsesiv-compulsivul parcimonios (se asociază cu trăsături specifice TP schizoide)

obsesiv-compulsivul chinuit (se asociază cu trăsături specifice TP negativiste)

Alţi autori, (Montreuil, Doron, 2009) consideră că nosografiile clasice sau contemporane care descriu o duzină de tulburări de personalitate ar trebui privite mai degrabă ca puncte de reper decât ca tipologii/categorii absolute.

Astfel, Montreuil şi Doron (2009), fiind de părere că DSM-ul are limitele sale (mixtura de personalitate; personalitatea nespecifică etc.), propun o clasificare proprie şi simplistă a tulburărilor de personalitate, după cum urmează:

Personalitate limită – instabilitate a comportamentului, a imaginii de sine, a afectivităţii şi relaţiilor; traiectoria vieţii haotică; impulsivitate (accese de furie intense şi neadecvate), acte hetero sau autoagresive; intoleranţa la singurătate; oscilaţii ale dispoziţiei etc.

Personalitate narcisică – imagine idealizată de sine, sentimentul că individul este unic, supervalorizare de sine, lipsă de empatie, nevoie disperată de recunoaştere

Personalitate psihopată – sau antisocială, devalorizarea de sine este aici în prim-plan; impulsivitate marcantă, instabilitate şi conflicte cu instituţiile; manipulări mitomane, egocentrism apropiat de perversiune; aviditate afectivă; tulburări ale dispoziţiei şi somatizări.

3.3. Prevalenţa tulburărilor de personalitate

Comparativ cu tulburările mentale de pe Axa I pentru

care indivizii solicită ajutor, persoanele cu tulburări de personalitate (diagnosticate pe Axa II) rareori solicită ajutor de specialitate, lucru care face dificilă elaborarea unei statistici riguroase cu privire la acest fenomen.

Unele tulburări de personalitate au fost identificate mai frecvent la femei, cum este tulburarea de personalitate histrionică, dependentă, borderline, iar altele mai frecvent la bărbaţi, cum este tulburarea de personalitate antisocială.

Potrivit DSM-IV-TR, tulburările de personalitate se întâlnesc într-un procent de O, 5 – 2, 5% din populaţia generală, 1030% din pacienţii internaţi, şi 2 – 10% din pacienţii internaţi ambulatoriu.

Un studiu important realizat de Lenzenweger, Lane, Loranger & Kessler (apud Barlow, Durand, 2009) sugerează faptul că unul din zece adulţi din S.U.A. ar putea fi diagnosticat cu tulburare de personalitate, ceea ce ar denota apariţia destul de frecventă în rândul populaţiei a acestei entităţi clinice.

Tabelul l-Prevalenţa tulburărilor de personalitate

TULBURAREA DE PERSONALITATE	PREVALENŢĂ*	
	În populaţia clinică	În populaţia generală
Tulburarea de personalitate paranoidă	4.2%	2.3 – 2.4%
Tulburarea de personalitate schizoidă	1.4%	17 – 4.9%
Tulburarea de personalitate schizotipală	0.6%	0.6 – 3.3%
Tulburarea de personalitate antisocială	3.6%	0.7 – 1%
Tulburarea de personalitate	9.3%	07 – 1.6%

borderline		
Tulburarea de personalitate histrionică	1.0%	1 – 2%
Tulburarea de personalitate narcisică	2.3%	1%
Tulburarea de personalitate evitantă	14.7%	5 – 5.2%
Tulburarea de personalitate dependentă	1.4%	O.6 – 1.5%
Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă	8.7%	2 – 2.4%

— Populaţia clinică raportată în Zimmerman, Rothehild, and Chelminski, 2005; populaţia generală raportată în Lenzenweger *et* al (în press) and Torgersen, Kinglen & Cramer (2001), apud Barlow, Durand, 2009

3.3.1. Diferenţele în funcţie de gen (F/M)

Potrivit APA (2000), anumite tulburări de personalitate se întâlnesc cu precădere la bărbaţi, cum este cazul tulburării de personalitate antisocială, în timp ce alte tulburări, ca tulburarea de personalitate histrionică, borderline, dependentă sunt mult mai întâlnite la femei.

Hartung şi Widiger (1998, apud Milion, 2007) raportează faptul că tulburările de personalitate schizoidă, schizotipală, antisocială, narcisică şi obsesiv-compulsivă sunt mai întâlnite la bărbaţi, comparativ cu tulburarea de personalitate borderline, histrionică şi dependentă, care sunt mai frecvent întâlnite la femei. Totuşi, studii recente, realizate pe populaţia generală, indică o prevalenţă comună la ambele sexe.

Alte studii au indicat faptul că tulburarea de personalitate schizotipală este în egală măsură întâlnită la

ambele sexe, deşi unii autori au indicat faptul că aceasta se întâlneşte mai des la bărbaţi (vezi tabelul de mai jos). Se pare, totuşi, că femeile au ca simptomatologie dominată de ideile de referinţă gândirea magică şi anxietatea socială, în timp ce la bărbaţi predomină excentricitatea şi bizareria (Roth şi Baribeau, 1998, apud Milion).

Totuşi, atât bărbaţii cât şi femeile sunt în egală măsură prudispuşi la un diagnostic de tulburare de personalitate, cum este de asemenea posibil ca atât persoanele de sex feminin cât şi cele de sex masculin să manifeste mai multe patologii ale personalităţii.

Tabel 2 – Diferenţele în funcţie de gen a tulburărilor de personalitate

TULBURAREA DE PERSONALITATE	DIFEREN1	
	În populaţia clinică	În populaţia generală
Tulburarea de personalitate Paranoidă	Mai întâlnită la bărbaţi	Nicio diferenţă
Tulburarea de personalitate schizoidă	Mai întâlnită la bărbaţi	Nicio diferenţă
Tulburarea de personalitate schizotipală	Mai întâlnită la bărbaţi	Nicio diferenţă
Tulburarea de personalitate antisocială	Mai întâlnită la bărbaţi	Nicio diferenţă
Tulburarea de personalitate borderline	Mai întâlnită la femei	Nicio diferenţă
Tulburarea de personalitate histrionică	Nicio diferenţă	Nicio diferenţă

Tulburarea de personalitate narcisică	Mai întâlnită la bărbaţi	Nicio diferenţă
Tulburarea de personalitate evitantă	Nicio diferenţă	Nicio diferenţă
Tulburarea de personalitate dependentă	Nicio diferenţă	Nicio diferenţă
Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă	Mai întâlnită la bărbaţi	Nicio diferenţă

— Populaţia clinică raportată DSM-IV-TR American Psychiatric Association (2000); populaţia generală raportată în Lenzenweger (în press) apud Barlow, Durand, 2009

3.4. Complicaţii ale tulburărilor de personalitate

Tulburarea de personalitate se poate asocia cu tulburări de somatizare, dependenţe medicamentoase, tulburări de dinamică sexuală, tulburări din spectrul anxios (tulburarea de panică, fobii), cu tulburări depresive majore, episoade psihotice tranzitorii, tulburare delirantă, schizofrenie şi altele.

Consumul de droguri, abuzul sau dependenţa de alcool sunt alte manifestări patologice care pot însoţi tulburările de personalitate. Acest lucru se întâmplă din cauza faptului că personalităţile cu tulburări au o dispoziţie marcată de instabilitate şi disforie, iar *drogul* le oferă senzaţia de bine, euforie, calm existenţial.

Automutilarea şi comportamentul suicidar nu sunt nici acestea trăsături străine persoanelor ce prezintă tulburări de personalitate (îndeosebi borderline), de aceea riscul de suicid poate fi foarte mare. Tentativele de suicid pot avea ca scop atragerea atenţiei celorlalţi sau dorinţa reală de a-şi suprima viaţa.

Aşa cum se precizează şi în DSM IV, tulburarea de personalitate poate fi exacerbată după pierderea unei persoane de suport importante (ex. soţul/soţia, unul din părinţi etc.) sau a unor situaţii stabile anterior (ex.

serviciul, locuinţa).

3.5. Abordare terapeutică (psihoterapie, farmacolerapie) şi luporfl

Tratamentul TP este împovărat de faptul că prezumţia de netratabilitate a fost multă vreme postulată de medici (inclusiv <lu' psihiatri). În prezent, se consideră că, deşi personalitatea se structurează în cursul dezvoltării psiho-sociale a individului, ea rămâne o structură dinamică. „Ea poate suferi modulări funcţionale în sfera adaptării la solicitările externe ca răspuns la influenţa unor luctori terapeutici, de natură farmacologică, psiho-socială sau combinaţi" (Prelipceanu, 2011, pg. 585).

Persoanele cu tulburări de personalitate intră în atenţia specialiştilor mai ales atunci când au suferit anumite decompensâri" (depresie, anxietate, episod psihotic, tentativă de suicid etc.) şi de cele mai multe ori nu solicită singure ajutorul, ci o persoană din mediul lor familial sau din grupul de prieteni (solicită singure ajutorul unui specialist doar atunci când au anumite probleme medicale, însă nu de natură psihiatrică).

În caz de decompensare psihică, terapia medicamentoasă urc ca scop diminuarea simptomatologiei invalidante17 (de exemplu, se administrează antipsihotice în caz de episod psihotic sau imtidepresive în caz de episod depresiv).

Tratamentul psihofarmacologic al TP nu este specific unui lip de tulburare de personalitate cât unor simptome considerate definitorii clusterului căreia îi aparţine (de exemplu, ideile de referinţă, idei tranzitorii paranoide, iluzii, simptome afective, comportamentale, impulsive) (Prelipceanu, 2011).

16 Decompensat – când o afecţiune intră într-un stadiu în care mecanismele compensatorii nu mai sunt capabile să împiedice apariţia unor tulburări funcţionale sau metabolice.

17 Invalidant – care-l face pe individ invalid, infirm din punct de vedere psihologic, psiho-social în cazul în

care individul experimentează anumite situaţii de viaţă stresante, medicaţia ocupă un loc restrâns în tratament (anxiolitice şi tranchilizante), recomandându-se mai degrabă psihoterapie.

De altfel, de cele mai multe ori abordarea nu este doar medicamentoasă, ci mixtă: psihoterapie şi farmacolerapie. În ambele cazuri, este esenţială crearea unei relaţii de încredere, astfel încât pacientul să poată vorbi deschis despre ceea ce i se întâmplă.

Psihoterapia va fi una de suport şi va consta în a ajuta persoana să găsească un mod de viaţă cât mai echilibrat şi sanogen, cu cât mai puţine conflicte interne sau cu lumea.

Trebuie luat în calcul faptul că psihoterapia va fi una de lungă durată, iar obiectivele acesteia vor fi modeste; nu ne vom propune schimbarea trăsăturilor de personalitate ale individului ci, mai curând, maniera sa de a se raporta la sine şi la situaţiile de viaţă. Psihoterapia poate fi individuală şi de grup.

Vă propunem mai jos un tabel al managementului pacienţilor dificili (cu tulburări de personalitate) pentru o abordare mai facilă a acestora în mediul clinic, dar cu aplicabilitate şi la nivelul interacţiunii cu aceste persoane în mediul social, în cotidian:

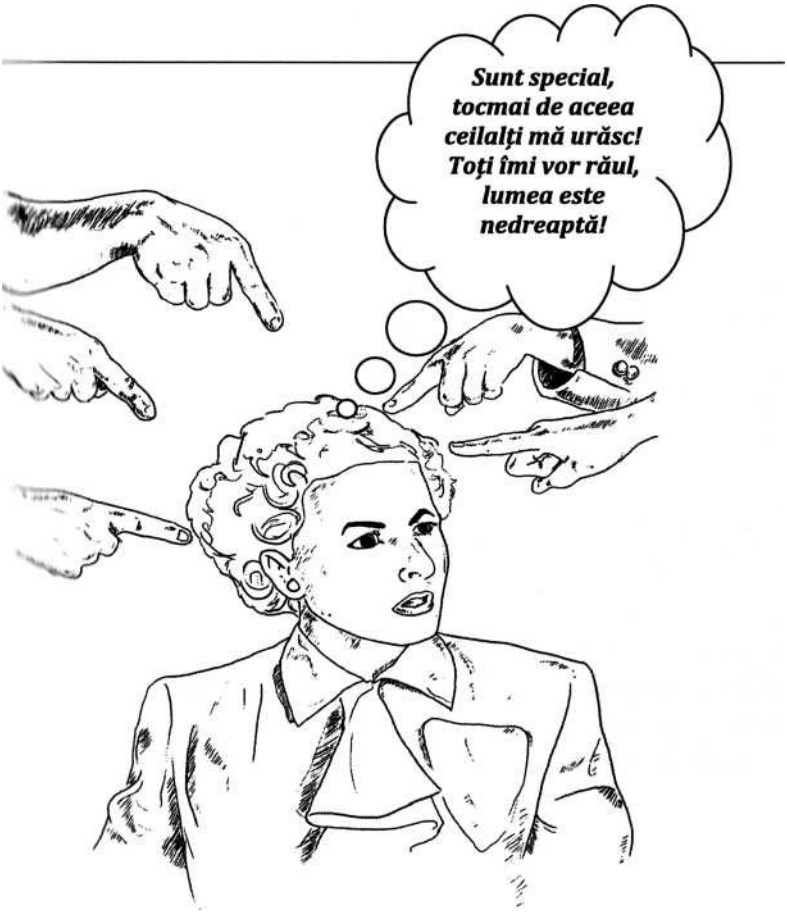
TP	Mesajul bolii	Răspuns	Intervenţia
TP paranoidă	Aşteaptă atacul şi confirmarea suspiciunilor	Ostilitate, blamarea celorlalţi	Păstraţi distanţa şi stabiliţi planuri clare
TP schizoidă	Anxietate cu contact forţat	Izolat, necooperant	Acceptaţi distanţa
TP schizotipală	Altcineva a provocat boala	Creşte suspiciozitatea	În caz de nevoie, invocaţi forţe neconvenţion

			ale
TP antisocială	O ocazie potenţială de profit	Caută un avantaj	Stabiliţi limite şi reguli clare
TP borderline	Anxietate crescută	Dezorganizare crescută	Stabiliţi limite
TP histrionică	Defect, pedepsire	Seductivitate	Stabiliţi limite ale interacţiunii
TP narcisică	Amenință măreţia subiectului	Infatuare	Manifestaţi încredere şi profesionalism
TP evitantă	O povară în plus	Cerere disperată de ajutor	Fiţi suportivi
TP dependentă	Aştepta îngrijiri nelimitate	Revendicativ sau închis în sine	Fiţi suportivi, dar cu anumite limite
TP obsesivcompulsivă	Amenință controlul	Obstinat, necooperant	Oferiţi informaţii şi control

Tabelul 3 – Managementul persoanelor cu TP (adaptat după Tudose, F., Tudose, C., Dobranici, L., 2011)

Capitolul IV

Tulburarea de personalitate PARANOIDĂ (TPP)



Cristian (B] 29 de ani

Cristian are 29 de ani şi manifestă o lipsă de încredere generalizată în ceilalţi.

Îi consideră pe mulţi dintre cei cu care intră în contact, mai ales în plan profesional, ca având legături cu diferite servicii secrete, lucru care, în opinia lui, le conferă acestora un statut aparte şi îi face să fie de nepedepsit pentru acte reproşabile de care el este convins că aceştia le-au comis.

Deseori, mai ales atunci când ceilalţi au anumite succese profesionale, nu doar că nu manifestă bucurie pentru ei, dar, mai mult, consideră aceste realizări rezultatul intervenţiilor altor forţe (foruri superioare),

nicidecum al competenţelor, abilităţilor şi meritelor colegilor.

Se consideră cel mai bun, cel mai competent, chiar şi atunci când se compară cu personalităţi marcante. Atunci când comite erori sau greşeli în plan profesional şi este confruntat, neagă acest lucru sau se victimizează, argumentând că responsabili sunt ceilalţi, care, în mod vădit au ceva împotriva lui.

Deşi pozează în victimă, gândurile lui sunt îndreptate spre înfăptuirea unor planuri de răzbunare împotriva celor care „i-au pus piedici” şi care „vor să-l elimine”.

În realitate, avid de succesul profesional, el însuşi este inapt să colaboreze, neputându-şi asuma eşecurile şi, de cele mai multe ori, îşi autoatribuie succesele altora, urzind planuri de a-i da la o parte, dorinţa ascunsă fiind aceea de *el*, iar ceilalţi eventual subordonaţi sau asistenţi ai propriilor lui nevoi şi dorinţe, în momentul în care i se oferă sprijin, manifestă invidie faţă de cel care *are puterea de a-l ajuta*, şi chiar dacă acceptă să primească ajutor, nu este niciodată recunoscător, dimpotrivă, având o atitudine sfidătoare.

Adesea este prins ascultând pe la uşile colegilor. Întrebat fiind ce caută acolo, răspunde că era în trecere sau că tocmai voia să intre. În realitate, scopul lui este acela de a afla anumite informaţii care, consideră el, i se ascund în mod voit, sau de a afla dacă nu cumva ceilalţi vorbesc despre el sau complotează împotriva sa.

Are deseori fantezii nelimitate privitoare la funcţii importante pe care crede că le va deţine, funcţii care-i vor oferi şansa nu doar de a fi aclamat şi valorizat social, ci şi mai ales de a se răzbuna pe cei care l-au nedreptăţit.

Alături de suspiciozitatea crescută, manifestă şi obsesionalitate; are o serie de ritualuri, de genul aranjatului obiectelor, obiecte pe care ceilalţi nu au voie să le atingă.

4.1. Descriere generală

Referiri cu privire la termenul de *paranoia* sunt

întâlnite încă de acum 2000 de ani, în scrierile lui Hippocrates. În limba greacă, παράνοια (*paranoia*) înseamnă nebunie (*para* = în afară; *nous* = minte) şi era folosit pentru a desemna o boală mintală severă.

În 1896, Kraepelin a folosit termenul *paranoia* pentru a descrie o condiţie medicală în care era prezent delirul, dar fără o deteriorare aparentă a capacităţii intelectuale sau alte modificări, deteriorări ale personalităţii. Mult mai târziu, acelaşi autor a făcut referire la personalitatea paranoidă, descriind predispoziţia anumitor oameni pentru tulburarea delirantă (clasica paranoia). Astfel, el a notat caracteristici precum: lipsa încrederii în ceilalţi, sentimentul de a fi nedreptăţit, credinţa că se complotează împotriva lui (coaliţii secrete), suspiciozitate.

dispoziţie proastă, iritantă, intrigant etc. Kraepelin (apud Ionescu, 1997) considera personalitatea paranoidă premorbidă psihozelor delirante.

Cea mai autentică descriere clinică a tulburării de personalitate de tip paranoid aparţine lui Schneider (1959), care, alături de Kretschmer, elaborează primele clasificări ale tulburării de personalitate, pe care le numeşte *psihopatii* şi le descrie astfel: *„Personalităţile psihopatice sunt acele personalităţi anormal structurate, care, corespunzător dizarmoniei lor structurale, suferă şi prezintă o sursă de suferinţă şi pentru”* (apud Lăzărescu.

Nireştean, 2007). El defineşte tulburarea de personalitate de tip paranoid „psihopatie fanatică”, subliniindu-i, astfel, trăsătura esenţială. Kretschmer a denumit tulburarea paranoidă a personalităţii drept o *reacţie de tip expansiv a personalităţii* (Ionescu, 1997).

Aşa cum descrie şi Ionescu (1997), persoana cu tulburare de personalitate paranoidă se caracterizează prin suspiciozitate exagerată, neîncredere generală şi interpretaţi viate. Chiar şi evenimentele care nu au nicio legătură cu ei pot fi interpretate ca atacuri la persoana lor (Skodol, 2005, apud Barlow, Durand, 2009).

Nevoia de a fi recunoscut, stimat, preţuit predomină, având clar definit drumul către succes social şi putere. Sunt extrem de serioşi şi devotaţi muncii, însă individualişti, cu mari dificultăţi de a lucra în echipă sau de a colabora cu alte persoane.

Suspectându-i întotdeauna pe cei din jur că ar dori să-i exploateze sau să le producă anumite daune, nu fac niciodată confidenţe, nici măcar apropiaţilor, fiind extrem de ermetici afectiv. Sunt foarte sensibili la insulte, pe care nu le uită niciodată, din contră, fac constant planuri de răzbunare şi au tendinţa de a exacerba lucrurile. Nici atunci când li se oferă ajutorul sau li se aduc laude nu scad suspiciozitatea şi intrerpretativitatea.

Sunt bănuitori chiar în privinţa loialităţii amicilor, a partenerului de viaţă (fac deseori crize de gelozie nefondate), a familiei. Tind să fie anxioşi, distanţi şi au slabă toleranţă la pierdere ori frustrare.

Fiind lipsiţi de încredere în ceilalţi, au o mare nevoie de autonomie, putere şi control, toate acestea manifestându-se atât în plan socio-profesional, cât şi în plan personal, intim.

Considerându-se superiori celorlalţi, au mari dificultăţi în a-şi asuma eşecurile de care îi culpabilizează pe alţii, absolvinduse astfel de orice vină. Au, de altfel, o logică imbatabilă, sunt coerenţi şi argumentative De multe ori manifestă o ambiţie, o tenacitate precum şi o perseverenţă ieşite din comun.

Tulburarea delirantă (clasica paranoia) se instituie ca prima entitate nosografică ce trebuie diferenţiată de tulburarea «le personalitate paranoidă, care nu este o psihoză şi nu prezintă Idcaţie delirantă, deşi este posibil ca tulburarea delirantă să ţipară pe fundalul tulburării paranoide de personalitate (tulburarea de personalitate paranoidă, în acest caz, precede tulburarea delirantă şi persistă chiar şi după remisiunea acesteia; tulburarea de personalitate paranoidă poate constitui fondul, tărâmul pe care se dezvoltă tulburarea delirantă). TPP trebuie de

asemenea diferenţiată de schizofrenia de tip paranoid şi de tulburarea afectivă cu elemente psihotice, deoarece toate acestea sunt caracterizate printr-o perioadă de simptome psihotice persistente (de ex. idei delirante şi halucinaţii).

Trebuie menţionat faptul că persoanele cu tulburare de personalitate paranoidă pot experimenta scurte episoade psihotice ca răspuns la stres, însă episoadele au o durată mică de timp, de câteva minute sau ore. Aşa cum menţionam şi mai sus, în unele situaţii, TPP poate apărea ca antecedent premorbid tulburării delirante sau schizofreniei (APA, 2000).

Indivizii cu TPP adesea pot fi percepuţi ca „fanatici". Apar frecvent în postura de lideri ai sectelor sau cultelor, sau în conducerea anumitor grupuri ai căror membri le împărtăşesc ideile paranoide.

Stone (Stone, 1997 apud Milion, 2007) sugerează că este posibil ca anumiţi profeţi ai Vechiului Testament să fi manifestat caracteristici paranoide, chiar dacă, adaugă autorul, este mai bine ca acest subiect, care ar putea crea controverse de nesuportat pentru anumiţi oameni, să rămână unul neexplorat.

Trăsăturile premorbide ale TPP care pot fi observate cu uşurinţă în copilărie la aceşti pacienţi sunt: izolarea, hipersensibilitatea, hipervigilenţa, anxietatea socială şi gândurile idiosincratice (APA, 2000).

Potrivit Manualului de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale DSM IV RR, tulburarea de personalitate paranoidă are o frecvenţă de O, 5 – 2, 5% din populaţia generală, O – 30% din pacienţii internaţi în clinicile de psihiatrie şi 2 – 10% din pacienţii trataţi ambulatoriu.

Complicaţii: tulburare delirantă, schizofrenie (paranoidă), depresie, anxietate, dependenţă de substanţe.

4.2. Criterii de diagnostic

DSM-IV-TR

Tulburarea de Personalitate Paranoidă

Criterii de Diagnostic

A. O neîncredere şi suspiciozitate pervasivă faţă de alţii, astfel că Intenţiile acestora sunt interpretate ca răuvoitoare, începând precoce în perioada adultă şi prezente într-o varietate de contexte, după cum este indicat de patru (sau mai multe) dintre următoarele:

11) suspectează, fără o bază suficientă, că alţii îl (o) exploatează, prejudiciază sau înşală;

(*l*) este preocupat (a) de dubii nejustificate referitoare la loialitatea sau corectitudinea amicilor sau asociaţilor;

(t) refuză să aibă încredere în alţii din cauza fricii nejustificate că informaţiile vor fi utilizate maliţios contra sa;

(4) citeşte intenţii degradante sau ameninţătoare în remarci sau evenimente benigne; l'i) poartă pica tot timpul, adică este implacabil (a) faţă de insulte, Injurii sau ofense;

(se percepe atacuri la persoană sau la reputaţia sa, care nu sunt evidente altora şi este prompt (a) în a acţiona coleros sau în a contraataca;

(7) are suspiciuni recurente, fără nicio justificare, referitoare la fidelitatea soţiei (soţului) ori partenerei (partenerului) sexual (e). B. Nu survine exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări afective i îi clemente psihotice ori al altei tulburări psihotice şi nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei condiţii medicale generale.

Notă: Dacă criteriile sunt satisfăcute anterior debutului schizofreniei, se adaugă „premorbid", de ex., „Tulburare de personalitate paranoidă (premorbid)".

ICD-10

Tulburarea Paranoidă de Personalitate

Caracteristici

(a) o sensibilitate excesivă la eşecuri/înfrângeri şi atitudini neprietenoase;

(b) Tendinţa de a purta ranchiună permanent, cum ar fi refuzul de a ierta insultele, loviturile sau

desconsiderarea;

(c) Suspiciunea şi o tendinţă largă de a distorsiona trăirile, prin considerarea greşită a acţiunilor neutre sau prietenoase ale altora drept acte de ostilitate sau dispreţ.

(d) Un sentiment combativ şi tenace de susţinere a drepturilor personale, care nu este adecvat situaţiei prezente;

(e) Suspiciune recurentă, fără justificare, privind fidelitatea partenerului sexual sau a soţului/soţiei;

(f) Tendinţa către o stimă de sine excesivă, manifestată printr-o atitudine persistentă de referinţă la sine-însuşi;

(g) Preocupări privind explicarea prin „conspiraţii" lipsite de substanţă a evenimentelor care implică pacientul sau lumea în general.

Include: tulburarea de personalitate paranoidă expansivă, cverulentă, fanatică şi senzitivă.

Exclude: tulburarea delirantă; schizofrenia.

e ICD-10 Organizaţia Mondială a Sănătăţii (1992)

4.3. Noi faţete

Kurt Schneider, apud Milion (2007), a împărţit paranoizii (tulburarea de personalitate paranoidă) în 2 categorii:

combativii (agresivi, expansivi, iritabili)

excentricii (suspicioşi, însă, în mod tăcut, fac presupuneri ascunse despre motivele altora, manifestă credinţa în culte, secte).

Milion (2007) afirmă că, deşi tulburarea de personalitate Mr lip paranoid este un sindrom în sine, se poate, totuşi, asocia i îi clemente, trăsături ale altor tulburări de personalitate. Autorii propun următoarele variante ale personalităţii de tip paranoid: piiranoidul perseverent, paranoidul arţăgos, paranoidul Izolat, paranoidul malign, paranoidul fanatic, pe care le vom descrie mai jos:

paranoidul perseverent (se asociază cu trăsături

specifice TP obsesiv-compulsive) are următoarele caracteristici: încăpăţânat, neînduplecat, implacabil, irascibil, nemilos, rigid, perfecţionist, fără simţul umorului, tensionat, cu mania controlului. În timp ce caută clarificare pentru reguli, regulamente impuse din exterior, pune la cale un mecanism de a-i ataca pe alţii prin acţiuni legale sau prin stabilirea unui sistem de reguli stricte, exagerate, care nu pot fi respectate în mod realist. În ciuda nevoii de a domina, acest tip de paranoid nu scapă de sentimente de vinovăţie şi de teama de pedeapsă. Deşi par a funcţiona normal, au, totuşi, idei de persecuţie, care pot trece neobservate, însă individul este într-o permanentă alertă, observând fiecare mişcare şi expresie facială a celorlalţi. Adesea proiectează propria agresivitate în ceilalţi, văzând intenţii rele în semnale nevinovate ori absente.

paranoidul arţăgos (se asociază cu trăsături specifice TP negativiste (sau pasiv-agresive» are următoarele caracteristici: cicălitor, arţăgos, supărăcios, nemulţumit, caustic, mitocan, gelos. Adesea susţine că realizările anumitor persoane reflectă avantaje necinstite sau tratamente preferenţiale. Acest tip de paranoid insistă întotdeauna că a fost înşelat ori tratat nepotrivit de către alţii. Foarte rar sunt angajaţi în relaţii sănătoase. Este adesea procesoman, intentând numeroase procese pentru nedreptăţile, adeseori imaginate, la care a fost supus de către alte persoane. Este şi erotoman (mecanism care explică de fapt proiectarea în exterior a nevoii de atenţie, afecţiune, a nevoii de confirmare în plan erotic). Îşi acuză adesea apropiaţii, nevinovaţi, de altfel, de infidelitate, trădare, arătându-se dezamăgiţi. În relaţia de cuplu pot arăta gelozie patologică. Sunt indecişi între a-i respinge pe ceilalţi, a se izola de ei sau a li se alătura.

paranoidul izolat (se asociază cu trăsături specifice tulburării de personalitate evitantă) are următoarele caracteristici: schimbător, cu toane, morocănos; indispus, iritat, irascibil, supărăcios, capricios, hipersensibil la

critică, gelotofob[16]. Extrem de vulnerabil, caută mângâiere, alinare într-o manieră centrată pe sine (activitate intelectuală solitară, abuz de droguri etc.). Teama de ruşine şi cea de a fi umilit sunt extrem de puternice şi persistente şi se soldează cu nevoia de a se proteja de pericole reale sau imaginate; de asemenea, caută să se protejeze faţă de lume, pe care o percep distructivă şi ameninţătoare. Se pot izola pentru perioade lungi de timp pentru a se feri de criticile inevitabile ale celorlalţi. De asemenea, au o teamă puternică şi neobişnuită de a fi controlaţi şi nu doar că se izolează de influenţe venite din lumea exterioară, dar manifestă şi dorinţa de a se limita la propriile dorinţe şi credinţe. Fără simţ critic şi lipsiţi de curiozitatea de a verifica propriile gânduri cu realitatea, ajung incapabili să distingă fantezia de realitate, trăind în imaginar până la decompensare.

paranoidul malign (se asociază cu trăsături specifice TP sadice 19) are următoarele caracteristici: beligerant, dorinţă crudă de se răzbuna şi de a triumfa peste alţii, nevoia puternică de a-i domina pe ceilalţi, se gândeşte în permanenţă la nedreptăţile la care a fost supus; nevoia de a-şi proteja autonomia în raport cu influenţele din exterior. Eforturile constante de a-i abuza şi teroriza pe ceilalţi se traduc mai degrabă în fantasmări intense decât în actul propriu-zis. Dacă devin mai izolaţi, se refugiază în

16 Gelotofobia - teama de a fi luat în derâdere. în cercetările lui, psihoterapeutul german de origine slovenă Michael Titze (1996) arăta că unii pacienţi ai săi erau extrem de preocupaţi de situaţia în care erau luaţi în derâdere. Aceştia aveau tendinţa de a cerceta cu mare atenţie contextul, mediul social, pentru a căuta semnele unei posibile ridiculizări a lor. De asemenea, Titze a observat un pattern specific al mişcărilor corpului acestor pacienţi: mişcări ciudate, similare celor ale păpuşilor de lemn. El a descris acest fenomen drept sindromul Pinocchio. Consecinţele gelotofobiei sunt simptome psihosomatice cum ar fi: tremor, ameţeală, dureri de cap, tulburări ale somnului, lipsă de spontaneitate, bucurie, entuziasm, înfăţişare glacială, lipsa umorului (acesta nu apare niciodată ca o experienţă socială plăcută), sindromul Pinocchio, psiho-rigiditate şi chiar izolare socială. Opusul este gelotofilia - plăcerea, bucuria de fi luat în derâdere şi Katagelasticism - bucuria de a râde de alţii; apud Mitrofan, Dumitrache, 2010, Compendiu de fobii.

ruminaţii asupra nedreptăţilor pe care le sesizează în jurul lor, considerând că mediul le este ostil. Mecanismul de proiecţie funcţionează foarte bine şi în cazul lor, adesea atribuind celorlalţi propria agresivitate, duşmănie şi ură.

paranoidul fanatic (se asociază cu trăsături specifice TP narcisice) are următoarele caracteristici: aroganţă, sentimentul omnipotenţei, dispreţ faţă de ceilalţi. Paranoidul fanatic are răni narcisice şi se luptă să-şi recâştige mândria pierdută prin fantezii complicate şi

* Tulburarea de personalitate sadică nu este validată, trăsăturile acesteia au liwl preluate de tulburarea de personalitate antisocială.

drepturi extravagante. Se pot prezenta ca adevăraţi sfinţi, genii talentate ori lideri inspiraţi. Elaborează planuri măreţe de a epura lumea de păcat, de a aduce pacea pe pământ ori de a rezolva mistere indescifrabile sau chiar de a crea o societate utopică. Adesea, planurile lor sunt atât de minuţios elaborate, încât este aproape cu neputinţă să nu câştige interesul sau chiar încrederea anumitor persoane. În cazul în care ideile lor sunt respinse de alte persoane, ei pot acuza implicarea anumitor agenţii guvernamentale sau foruri instituţionale superioare. Paranoidul fanatic are o armură defensivă aproape indestructibilă alcătuită din indignare nejustificată, proiecte laborioase şi sentimentul exacerbat al omnipotenţei.

4.4. Cauze

Se cunoaşte faptul că există o anumită corelaţie între tulburările de personalitate din clusterul A şi schizofrenie, astfel rudele bolnavilor de schizofrenie sunt mai predispuse să dezvolte tulburarea de personalitate paranoidă decât persoanele care nu au astfel de rude.

Pe lângă importanţa factorilor genetici, studiile au arătat şi rolul experienţelor traumatice din copilărie în dezvoltarea tulburării de personalitate paranoidă (Johnson, Bromlet, McGeoch, 2005, apud Barlow, Durand, 2009). Trebuie să fim însă precauţi şi atenţi la interpretarea

mărturisirilor acestor pacienţi, mai ales când vine vorba de situaţii traumatice şi prejudicii personale (am aflat deja că aceste persoane tind să-i vadă pe ceilalţi şi lumea, în general, ca pe o ameninţare).

Factorul educaţie joacă, de asemenea, un rol extrem de Important. Copilul preia prin educaţie o serie de învăţăminte şi Neheme de gândire de la părinţi. În cazul TPP, este vorba de un pattern defectuos de a se raporta la ceilalţi, la lume, probabil din pricina unor atenţionări repetate de a fi extrem de vigilenţi la cei din jur şi de a fi altfel decât ceilalţi.

De asemenea, există studii care indică faptul că persoanele cu TPP îşi văd părinţii ca fiind foarte critici, respingători, reţinuţi şi în unele situaţii abuzivi (Modestin, Oberson & Emi, 1998; Norden, Klein, Donaldson, Pepper & Klein, 1995, apud Dindelegan, 2012).

Potrivit O'Brien, Tresman & Silver (2003), şi factorul cultural poate să fie implicat în dezvoltarea TPP, mai ales la deţinuţi, refugiaţi, persoane cu deficienţe auditive.

4.5. Abordare terapeutică şi suport

Din cauza neîncrederii generalizate, persoanele cu tulbui lire de personalitate paranoidă au mari dificultăţi în a accepta A apeleze la serviciile unui consilier, psihoterapeut, iar atunci i And o fac au dificultăţi în dezvoltarea unei relaţii de încredere, enenţială de altfel în succesul terapeutic.

Realizarea alianţei terapeutice între client şi terapeutunte primul pas extrem de semnificativ într-o terapie cu rezultate pozitive, pas foarte greu de realizat cu o persoană cu TPP.

Spuneam mai sus că rare sunt cazurile în care o persoană i îi tulburare de personalitate va solicita ajutor unui psihoteraivut, de regulă familia ori instituţia pentru care lucrează fiind vide care se sesizează. Totuşi, în cazul în care o persoană cu TPP ne prezintă la cabinet din iniţiativă proprie, este important de avut în vedere faptul că aceasta nu va veni niciodată la terapie având principala

acuză faptul că e paranoidă. Ea va veni din alte motive, cum sunt probleme recurente la locul de muncă sau situaţii conflictuale în familie ori iminenţa unui divorţ, ori faptul că partenerul îl înşală (să nu uităm faptul că tot ele sunt cele care suferă de gelozie patologică, făcând adevărate crize de gelozie fără a avea motive reale).

Terapia trebuie centrată pe presupunerile lor eronate, acelea că toţi oamenii au atitudini şi comportamente rău intenţionate (faţă de ele îndeosebi), respectiv pe demolarea acestor credinţe şi pe construirea unora conform realităţii. De asemenea, identificarea şi analiza proiecţiilor (respectiv faptul că aceste persoane atribuie altora propriile intenţii răuvoitoare) reprezintă un alt obiectiv important în lucrul cu persoanele cu TPP, însă necesită multă fineţe, răbdare şi vigilenţă din partea terapeutului.

Terapia va fi una de suport. Se recomandă terapeuţilor mare atenţie şi precauţie, căci, chiar şi cel mai bun terapeut poate deveni obiectul suspiciozităţii unui paranoid. Acest lucru se întâmplă pentru că intimitatea le cauzează insecuritate din cauza faptului că se simt vulnerabili şi expuşi.

Se impune terapie individuală, cea de grup nefiind indicată din cauza neîncrederii pe care aceşti clienţi o manifestă faţă de ceilalţi oameni.

În interacţiunea cu persoanele cu TPP	
se recomandă:	este de evitat:
— Să vă exprimaţi limpede motivele şi intenţiile; — Să respectaţi convenienţele cu scrupulozitate; să faceţi referiri la legi şi la regulamente; să manifestaţi discreţientunci când vorbiţi cu alte persoane	— Să renunţaţi la lămuri neînţelegerile; — Să le atacaţi imagine pe care o au despre sine; — Să vă lăsaţi antrenaţi în scenariile de răzbunare pe care le elaborează; — Să comiteţi greşeli;

	— Să discutaţi în polemică (mai ales subiecte de ordin politic); — Să vă lăsaţi manipulaţi de suspiciozitatea şi interpretativitatea lor.

Tubelul 4 – Recomandări privind relaţionarea cu persoanele cu TPP

4.6. Paranoidul fanatic şi efectele influenţeiluiasupra personalităţilor vulnerabile jim Jones şi Templul poporului

Atât excentricii descrişi de Schneider cât şi fanaticii descrişi de Milion se potrivesc foarte bine profilului liderilor iedelor.

Termenul de *sectă* are deseori conotaţii negative şi să i oferă la un grup de oameni care se dedică unor practici, ritualuri i lire se îndepărtează substanţial de la religia creştină sau de la normele sociale. Aceştia se subordonează într-o manieră înflăcăi. it A unei idei sau liderului grupului. Fascinaţia membrilor sectelor faţă de liderul lor se soldează cu renunţarea la propriile valori morale, renunţarea la propria identitate şi preluarea uneia specilli îl grupului, vinderea bunurilor materiale, donarea banilor *Mesiei* întruchipat de discipol/pastor şi uneori alunecarea cu abnegaţie oi I forţat în orgii sau suicid în masă, cum vom vedea mai jos.

Templul Poporului (*Pe-o Temple*) este o sectă înfiinţată de Jim Warren Jones în Indianapolis în anul 1950. Liderul grupării este cunoscut nu doar pentru faptul că a instaurat un regim de teroare în interiorul sectei (pedepse corporale, abuz sexual, tiranie, dependenţă emoţională), dar mai ales este faimos pentru masacrul din 18 noiembrie 1978, dată la care a convins sute de adepţi să comită un suicid în masă, prin otrăvire cu cianură în Jonestown, Guyana.

Hampton et Burnham (1990, apud Milion, 2007),

notează că Jim Jones arăta semne de patologie psihică încă din tinereţe, când manifesta grandomanie, aroganţă şi dispreţ faţă de ceilalţi, pe care îi ridiculiza sau chiar agresa, şi că mai târziu avea să se creadă spiritul întruchipat al lui Iisus, alteori al lui Lenin.

Jim Jones a manifestat încă de timpuriu atracţie faţă de biserică (în localitatea în care a copilărit erau şase la număr şi le frecventa pe toate, aleatoriu), iar din mărturia unei localnice aflăm că deseori *se dădea drept preot*, predicând cuvântul lui Dumnezeu (Kilduff, Javers, 1981).

Jones se credea mai presus de toţi ceilalţi şi interpreta adesea pasaje din Biblie, dându-le conotaţii şi semnificaţii particulare. A ajuns mai târziu pastor, schimbând diverse slujbe şi devenind astfel din ce în mai cunoscut.

A înfiinţat *Templul poporului*, adoptând ulterior şapte copii de rase diferite, sfătuindu-şi adepţii să facă acelaşi lucru. Cu toate că acest gest sugera pentru mulţi filantropie şi umanitate, în mintea lui Jones reverbera doar goana după succes social şi aclamare în masă. A realizat numeroase acte de caritate (a înfiinţat cantine publice, a pus la punct programe sociale de ajutorare a persoanelor în vârstă precum şi a marginalizaţilor social etc.), însă totul doar pentru a stârni interesul presei, pe care a şi reuşit să o păcălească, fiind numit *Filantropul Anului* de L.A. Herald (Milion, 2007).

Potrivit Kilduff şi Javers (1981), avea o mare nevoie de a se simţi iubit, iar atunci când simţea contrariul devenea foarte violent, blestemând aspru. Numind Biblia „cartea neagră”, o arunca pe jos afirmând că *„prea mulţi oameni privesc asta în loc sâprivească spre mine”*. La una din ceremonii, predica astfel: *„Acum Christos este în acest trup… eu sunt calea, adevărul, lumina. Nimeni nu poate ajunge la tatăl meu decât prin mine”*. (Snow, 2003).

Fiind un bun manipulator, Jim Jones a reuşit să câştige simpatii în rândul politicienilor şi liderilor locali, pe care încerca să-i convingă că socialismul e singura opţiune

universal valabilă pentru ca toată lumea să trăiască în prosperitate.

Pentru a avea un control şi mai mare asupra membrilor Templului, pastorul a mutat grupul în anul 1965 în nordul Californiei, stabilindu-l în Ukiah şi, după 1971, în San Francisco. Adoptând stilul tămăduirii prin credinţă, escroca oamenii, pe care i-a manipulat să-şi vândă bunurile, să-şi părăsească locurile de muncă, locuinţele, familiile, în vederea păşirii în *inima credinţei vindecătoare*, în lăcaşurile Templului

Făcând apel la trucuri meschine, Jim Jones îşi păcălea membrii cu spectacole de tămăduire a bolilor de inimă, cancer, dureri reumatice. Presupuşii bolnavi se declarau vindecaţi şi, într-o frenezie mistică, strigau *„Lăudat fie Domnul*!*”* (Kilduff, javers, 1981). Cei *vindecaţi* erau întotdeauna acoliţii lui, care erau anunţaţi cu ceva vreme înainte că urmează să urce pe scenă, timp în care puteau să se machieze, costumeze ori să-şi pregătească discursul.

Adepţii credinţei sale îl vedeau un fel de Mesia, el însuşi autoproclamându-se *Mesia pe pământ*, condamnând în acelaşi Itmp creştinismul şi Biblia.

Potrivit mărturiilor foştilor sectanţi, Jim Jones era extrem de preocupat de aspectul lui fizic, având oameni care îl machiau, fardau etc. Tot din relatările acestora, reiese că liderul proclama că el este singurul care are drept la viaţă sexuală, plângându-se deseori de extenuare pentru că trebuie să-şi dovedească bărbăţia faţă de toate femeile din Templu, care, potrivit lui, nu-i dădeau pace. Relaţiile sexuale constituiau, indubitabil, un alt instrument util pentru a avea control asupra enoriaşilor.

Mai târziu a comandat uniforme pentru toţi membrii (cămăşi roşii şi pantaloni negri pentru bărbaţi, fuste negre şi bluze roşii pentru femei), acţiune succedată de aplicarea unor pedepse corporale. Copiii erau loviţi cu scândura numită *„consiliul educaţiei”* sau cu alte instrumente, ca *„diavolul cu ochi albaştri”*, iar la sfârşit aceştia erau obligaţi să repete: *„Mulţumesc părinte*! *Mulţumesc*

părinte!”

Foştii adepţi au declarat că Jim Jones era dependent de stupefiante (purta ochelari de soare pentru a-şi ascunde ochi care trădau dependenţa de droguri) sau „vitamine”, cum le numeau acoliţii lui. Se plângea adesea de suferinţe şi multiple boli, reproşându-le membrilor: *„Cum îndrăzniţi să vă mai plângeţi de ceva când mă vedeţi cât sufăr? Priviţi câte face Părintele vostru pentru voi*!” (Kilduff, Javers, 1981). Deseori trecea brusc de la o îmbrăţişare caldă la accese coleroase, labilitate explicată de membrii templului prin consumul neîntrerupt de stupefiante. Nici deţinerea de arme nu îi era străină liderului tămăduitor, motivând că aceasta era o metodă de precauţie în faţa celor care l-au ameninţat cu moartea sau chiar au avut tentative în acest sens: totul era, însă, doar o plăsmuire a minţii lui.

După anii ’70, paranoia i s-a amplificat, temându-se tot mai mult de trădătorii care se pot afla printre membrii Templului. *„Ţi se amintea mereu că trebuie să fii cu ochii pe ceilalţi*”, mărturiseşte Grace Stoen, care a fost spionul principal al

Îi simplului. „Misiunea mea era să aflu ce are de gând fiecare” (Kliriuff, Javers, 1981). Jones le dădea în permanenţă teste de loialitate, fidelitate membrilor: „Nise dădea să bem în pahare mici un lichid roşu şi ni se spunea că acesta conţine otravă şi că vom muri în circa 45 de minute. Cu toţii respectam instrucţiunile. Când w apropia timpul, Jones ne explica că otrava nu e reală şi că totul îi fost un test de fidelitate” – mărturia unei membre care a reuşit să se salveze (Galanter, 1999). Jones plănuia masacrul încă din linul 1975, când au început exerciţiile, simulările de suicid în masă, în San Francisco, şi care au continuat în Guyana, numite *„nopţile albe*” (*white nights*).

Tot în anii ’70, biserica sa a fost acuzată de presă de fraudă financiară, abuz psihic asupra membrilor şi violenţă asupra copiilor. Ca răspuns pentru critica adusă, Jones şi-a nmdus câteva sute de adepţi în nordul Americii de Sud în 1977 şi a fondat o comunitate agricolă utopică pe care a

numit-o Jonestown, şi care se afla în jungla Guyanei. Regiunea pe care le-a prezentat-o adepţilor ca fiind „Ţara făgăduinţei" era, de fapt, locul în care Jim Jones îşi pregătea refugiul în ipoteza unui masacru, de tipul distrugerii nucleare ori război rasial.

Când în 1978 un grup de foşti adepţi a convins autorităţile să investigheze situaţia membrilor din Jonestown, Jim Jones declara: *„Nu cred în violenţă. Violenţa corupe. Ei spun că vreau putere... Urăsc puterea... Tot ce vreau este pacea"* (Peter, Olsson, <1005). În momentul în care câţiva dintre membri s-au arătat dornici să părăsească templul, din teama de a nu pierde controlul asupra adepţilor săi, Jones nu doar că a angajat să fie ucişi delegaţii trimişi să investigheze situaţia Templului dar, mai mult, l«forţat adepţii la sinucidere în masă, adresându-li-se astfel: *„A muri este un lucru extrem de demn. Moartea este pentru oricine încercarea supremă"* (Kilduff, Javers, 1981). Cei care au refuzat să primească cianura, care fusese picurată într-o băutură răcoritoare, au fost ameninţaţi cu arma, iar cei care au încercat să fugă au fost împuşcaţi. Numărul victimelor a fost de 913, printre care se numărau şi 276 de copii, cărora li s-a picurat cianură în gură cu seringa şi care au murit primii. Potrivit Singer, (2003), Jones urla: *„Vreau mai întâi copiii. Luaţi mai întâi bebeluşii şi copiii. Mişcaţi-vă, mişcaţi-vă. Nu vă fie teamă de moarte!"*

Jones nu a luat cianură, însă a murit din cauza unei răni la cap provocate de un glonţ. Nu se ştie dacă a fost vorba de suicid sau dacă unul din adepţii lui l-a ajutat să moară.

Trupele Guyanei, alertate de un membru care scăpase, au ajuns în Jonestown în aceeaşi zi, însă numai câţiva adepţi au supravieţuit, cei care s-au ascuns în junglă. Majoritatea celor morţi stăteau întinşi unul lângă celălalt în aceeaşi poziţie în care Jones le propovăduise pentru ultima dată.

Acesta este un caz care se subînscrie descrierii lui Milion a paranoidului fanatic, şi care evidenţiază

influenţele malefice şi efectele catastrofale în plan individual şi social ale unei asemenea patologii psihice (Dumitrache, 2011).

Peter, Olsson (2005) îl descriu pe Jim Jones ca fiind un psihopat malign, cu tendinţe paranoide, tendinţe autodistructive sau comportament suicidar, rea-credinţă, grandoare însoţită de eforturi sadice de a triumfa peste autorităţi. Aceeaşi autori notează că în ultimele luni din Jonestown, depresia majoră cu elemente psihotice sau tulburarea delirantă, în opinia noastră, completează tabloul diagnostic. Nu trebuie omis, de altfel, nici abuzul de substanţe.

Persoanele cu o sugestibilitate crescută, dependenţă emoţional-afectivă, slabă încredere în forţele proprii, imagine de sine scăzută, identitate de sine difuză, labilitate emoţională şi linpresionabilitate, indivizii lipsiţi de asertivitate şi care denotă Incapacitatea de a spune „nu” în anumite situaţii pot fi victimele unei asemenea personalităţi şarmante, dar machiavelice şi psihopate.

Capitolul V

Tulburarea de personalitate SCHIZOIDĂ (TPS)

Ştefan (B) 43 de ani

Ştefan are 43 ani şi, deşi lucrează în domeniul medical, având un job care presupune interacţiunea cu pacienţii, este de cele mai multe inapt să comunice cu aceştia.

Competenţele sale profesionale sunt de neegalat, însă abilităţile de contact cu pacienţii sunt minimale, lucru care îi face pe mulţi dintre ei nemulţumiţi de serviciile primite.

Deşi este o persoană adaptată social, având familie, copii şi un loc de muncă, deficitele în plan relaţional sunt marcante.

Nu este niciodată emoţionat de prezenţa unei alte persoane, nu arată nici infatuare, însă totdeauna pare indisponibil pentru contact. Deşi este o persoană cu studii superioare, care a urmat diverse formări profesionale continue, pare incapabil să verbalizeze, arătând o introversiune extremă.

Îşi face treaba cu meticulozitate şi conştiinciozitate extreme, însă nu le poate vorbi pacienţilor, iar atunci când o face, tonul este unul atât de jos (aproape că şopteşte), încât abia poate fi auzit. Nu pare interesat decât să-şi execute ritualurile profesionale, nu comunică cu colegii sau cu alte persoane decât atunci când este întrebat Timpul liber îl dedică studiului.

5.1. Descriere generală

Persoanele cu tulburare de personalitate schizoidă se caracterizează printr-un pattern de detaşare de relaţiile sociale, distanţare emoţională de ceilalţi, grad semnificativ de introversiune, detaşare de realitate şi non-implicare.

Deficitele acestora în plan relaţional – social îi aseamănă cu persoanele cu tulburare de personalitate paranoidă, deşi la primii acestea sunt mult mai accentuate.

Istoria tulburării schizoide este corelată cu istoria schizofreniei. A fost descrisă de Kraepelin (1897, apud Ionescu, G., 1997), care a prezentat-o ca personalitate premorbidă a schizofreniei. Bleuler (1911, apud Ionescu, 1997) a pus accentul pe Nltiba rezonanţă afectivă faţă de cei din jur, pe incapacitatea de a we bucura, de a trăi satisfacţia sau succesul.

Schizoizii sunt aproape incapabili să trăiască împlinirea, fericirea sau furia şi rareori devin furioşi sau manifestă căldură emoţională. Expresia lor emoţională este atât de platâ, încât de rele mai multe ori par detaşaţi de realitate şi chiar de ei înşişi (Milion, 2004).

Abilitatea extrem de scăzută de a trăi emoţii pozitive (utthedonia) este, aşa cum sugerează Dindelegan (2012), punctul i entrai al acestei patologii.

Persoanele cu tulburare de personalitate schizoidă nu

imită niciun interes în a lega relaţii de prietenie sau relaţii Intime, amoroase, astfel, ei manifestă indiferenţă nu doar faţă de ui tivităţile în grupul de prieteni cât şi vizavi de experienţele Ni Kiiale. Nici relaţiile platonice nu par să-l încânte.

Relaţionarea se rezumă la o interacţiune minimală cu mimihrii familiei.

Cu preferinţă pentru activităţile solitare, au o viaţă Imiiginară destul de intensă, bizară, însă, de cele mai multe ori, îi preocupări filosofice, ştiinţifice şi teologice. Pot dezvolta un mininit grad de pierdere a contactului cu realitatea, chiar sociohilile. Sunt retraşi, distanţi, lipsiţi de simţul umorului, reci şi iipititizaţi emoţional.

În ediţiile precedente ale Manualului DSM, se preciza trtplul că aceste persoane manifestă indiferenţă la laude şi critici. În ultima ediţie. Însă, respectiv DSM-IV-TR, s-a adăugat pii Nllillltatea ca unele dintre aceste persoane să fie de fapt receptive la aprecierile celorlalţi, însă incapabile în a-şi exprima emoţiile. Fiind nişte singuratici, nu fac confidenţe decât eventual membrilor familiei şi îşi exprimă foarte puţin emoţiile, iar acest lucru poate fi extrem de dureros, chiar dramatic pentru cei din jurul lor.

Rouff (Rouff, 2000, apud Barlow, Durand, 2009) sugerează faptul că viaţa în stradă[17], este foarte întâlnită în rândul persoanelor cu tulburare de personalitate schizoidă, ajungându-se aici din cauza nemulţumirilor pe care aceste persoane le au în plan intim şi socio-profesional (absenţa prietenilor, absenţa unui partener de cuplu, insatisfacţie sau inadaptabilitate la locul de muncă etc.).

Pe fondul adaptării sociale reduse (cu mari şanse de apariţie a fenomenului numit desocializare), evoluţia acestor persoane poate merge spre depresie şi chiar tentative de suicid, şi poate corela cu debutul schizofreniei.

În copilărie aceste persoane pot fi observate ca fiind:

17 Fenomenul PAFA = persoane adulte fără adăpost

retrase, timide, izolate, închise în sine, necomunicative (APA, 2000).

Potrivit Manualului de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale DSM IV RR, tulburarea de personalitate schizoidă este rară în condiţii clinice. Prevalenţa acestei tulburări este de mai puţin de 1% în populaţia generală.

Complicaţii: tulburare delirantă, schizofrenie, depresie (episod depresiv major).

Criterii de diagnostic

DSM-IV-TR

Tulburarea Schizoidă de Personalitate

Criterii de Diagnostic

A Un pattern pervasiv de detaşare de relaţiile sociale şi o gamă twlrânsă de exprimare a emoţiilor în situaţii interpersonale, începând liirmce în perioada adultă şi prezente într-o varietate de contexte, lupă cum este indicat de patru (sau mai multe) dintre următoarele:

111 nici nu doreşte şi nici nu se bucură de relaţii strânse, inclusiv de!» iptul de a fi membru ai unei familii;

I ilege aproape întotdeauna activităţi solitare;

I) are puţin sau nu are niciun interes în a avea experienţe sexuale cu – Iu persoană;

11) îl plac puţine ori nu-i plac niciun fel de activităţi;

Γ) lipsa amicilor sau confidenţilor apropiaţi, alţii decât rude de gradul I;

f pare a fi indiferent la criticile sau laudele altora;

(/1 prezintă răceală emoţională, detaşare sau aplatizare afectivă, li Nu survine exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări afective ti elemente psihotice, al altei tulburări psihotice ori al unei tulburări lv dezvoltare pervasivă şi nu se datorează efectelor fiziologice directe tir unei condiţii medicale generale.

Nulă: Dacă criteriile sunt satisfăcute anterior debutului schizofreniei, se l ingă „premorbid”, de exemplu, „Tulburare de personalitate schizoidă Ipi vinorbid)”.

e DSM-IV-TR American Psychiatric Association (2000)

ICD-10

Tulburarea de Personalitate Schizoidă

Caracteristici

I í l'puţine (dacă există vreuna) activităţi care produc plăcere;! i Răceală emoţională, detaşare, sau afect tocit;

(c) Capacitate limitată de a exprima căldură, sentimente tandre sau mânie faţă de ceilalţi;

(d) Indiferenţă aparentă faţă de laudă sau critici adresate de ceilalţi;

(e) Interes scăzut faţă de stabilirea relaţiilor sexuale cu alte persoane (luaţi în considerare vârsta);

(f) Preferinţa aproape invariabilă pentru activităţi solitare;

(g) Preocupări excesive pentru fantezii şi introspecţie;

(h) Lipsa prietenilor apropiaţi sau a relaţiilor bazate pe încredere (sau având numai una) sau a unei dorinţe de a stabili astfel de legături;

(I) Insensibilitate marcată faţă de respectarea normelor sociale şi convenţiilor.

Exclude: sindromul Asperger, tulburarea delirantă, tulburarea schizoidă a copilăriei, schizofrenia, tulburarea schizotipală.

e ICD-10 Organizaţia Mondială a Sănătăţii (1992)

5.3. Noi faţete

Milion (2007) propune următoarele variante ale personalităţii de tip schizoid: schizoidul distant, schizoidul apatic, schizoidul impenetrabil şi schizoidul depersonalizat.

Fiecare tipologie se asociază cu trăsături specifice altor tulburări de personalitate, cum vom vedea mai jos:

schizoidul izolat (se asociază cu trăsături specifice TP evitante şi schizotipale) are următoarele caracteristici: distant, solitar, deconectat şi ascuns, fără ţeluri, cu implicare redusă, fără locuinţă. Spre deosebire de

schizoidul „pur”, cel izolat dispune de câteva capacităţi de relaţionare, însă dorinţa de apropiere de alte persoane este blocată. Schizoidul izolat poate manifesta o doză de anxietate socială. Are o gândire de tip autist şi în unele cazuri se asociază cu bizarerii şi depersonalizare. Îl întâlnim adesea în zonele marginale (unde se angajează în joburi cu mult sub competenţele lor reale), iar alteori printre oamenii străzii.

schizoidul apatic (se asociază cu trăsături specifice TP depresive) are următoarele caracteristici: letargie, flegmatic, lipsit de vlagă, îşi simte corpul greu, manifestă oboseală generalizată, anemiat; are un tempo personal foarte încet, îi lipseşte vigoarea, energia şi expresivitatea. Nu se poate anima în a-şi îndeplini responsabilităţile, nu se bucură de mici plăceri şi nu poate fi spontan. Preferă o viaţă cu interese şi activităţi limitate, rutiniere. Ei nu sunt neapărat goliţi afectiv, ci mai degrabă, ca şi depresivii, au o grijă puternică faţă de ceea ce ar trebui să facă, cum ar trebui să se comporte, sau faţă de ce se va întâmpla în viitor.

schizoidul glacial (se asociază cu trăsături specifice TP obsesiv-compulsive) are următoarele caracteristici: lipsit de pasiuni şi emoţii, detaşat emoţional, rece, fără simpatie faţă de alte persoane, impenetrabil, intangibil.

Schizoidul glacial combină lipsa de empatie specifică schizoidului cu emoţiile blocate specifice obsesiv-compulsivului, eliminând practic orice urmă de expresie emoţională.

schizoidul disociat (se asociază cu trăsături specifice TP schizotipale) are următoarele caracteristici: lipsit de implicare atât în relaţia cu sine cât şi în relaţia cu ceilalţi, (manifestă absenteism psihologic atât în relaţia cu propriul Eu, dar şi în context interpersonal şi social), distanţare faţă de sine, ruptură minte-corp. Uneori par de a se autoobserva din afară, din exterior. Lasă impresia unei detaşări nu doar de realitate, dar chiar de propriile gânduri, idei şi de propriul corp.

Schizoidul din această categorie este visător şi distant. Chestiunile obişnuite şi pragmatice de viaţă nu par a-l interesa, el fiind înclinat spre religiozitate şi spiritualitate.

5.4. Cauze

Cauzele exacte ale tulburării de personalitate schizoidă nu sunt cunoscute, deşi un melanj de factori genetici şi psihosocio-educaţionali contribuie în mod indubitabil la dezvoltarea acesteia.

Este cunoscut faptul că tulburarea de personalitate schizoidă are o prevalenţă crescută în rândul rudelor persoanelor care suferă de schizofrenie sau de tulburarea de personalitate schizotipală. De asemenea, tulburări ale anumitor neurotransmiţători (de exemplu dopamina), care pot contribui şi la apariţia schizofreniei, pot fi implicaţi în detaşarea socială a persoanelor care suferă de tulburarea de personalitate schizoidă.

Alte explicaţii se leagă de mediul de viaţă al persoanei, cum ar fi prezenţa unui părinte rece emoţional, abuzul emoţional şi neglijarea copilului, un mediu familial ostil.

Totodată, timiditatea în copilărie poate fi un precursor al tulburării de personalitate schizoidă la adult (Barlow, Durand, 2009). Aceştia sunt deseori descrişi ca hipersensibili în copilărie şi pubertate. Este foarte probabil ca nevoile lor emoţionale să fi fost bagatelizate ori tratate cu indiferenţă sau indignare în aceste etape de viaţă.

Persoanele cu această TP au fost probabil izolate social sau le-au lipsit modelele sociale (Dindelegan, 2012).

Dacă luăm în calcul faptul că tulburarea de personalitate schizoidă îşi are originea în mediul familial, atunci se impune o Intervenţie timpurie, care să ajute la diminuarea problemelor de comportament. În aceste situaţii, de cele mai multe ori părinţii mint cei care ne aduc în atenţie situaţia copilului lor (chiar dacă vorbim de adolescenţa târzie).

Când vorbim de o vârstă mai înaintată sau de adultul

matur, situaţia nu este foarte diferită, în sensul că acesta rareori vine singur pentru a solicita ajutorul unui specialist, fie că este vorba de un psiholog, un psihoterapeut ori de medicul psihiatru. De regulă, acesta vine la specialist însoţit de familie sau la Iniţiativa şi insistenţele unei rude ori persoane apropiate.

Cazurile în care persoana poate solicita singură ajutor de specialitate sunt extrem de rare, de regulă atunci când aceasta se uliii într-o criză profundă (de exemplu, depresia sau pierderea locului de muncă).

Având în vedere faptul că abilităţile lor sociale nu au fost niciodată dezvoltate sau, din pricina utilizării lor precare, acestea «mi perimat, terapia trebuie să insiste foarte mult pe dezvoltarea unor abilităţi sociale, interpersonale, şi pe creşterea empatiei.

Terapia trebuie să fie suportivă şi să-l ajute pe individ să sluhilească şi să menţină relaţii interpersonale. Într-o primă i liipă, se va începe cu mediul familial şi, treptat, cu mediul social. Adesea schizoidul îşi ignoră în mod pasiv familia iar familia îl ignoră pe el în mod activ (el nu interacţionează pentru că nu doreşte acest lucru, iar ceilalţi nu o fac pentru că graniţele/dis-Imiţele impuse de schizoid sunt foarte mari). De cele mai multe nil, schizoizii vor afirma că „nu *am nimic să le spun*”, însă ne vom Im/u pe faptul că ceilalţi au mai multe abilităţi sociale decât ei şi vom încerca să-i ajutăm să descopere ce au ceilalţi să le comunice.

Diminuarea anxietăţii sociale şi a izolării sunt alte obiective ale psihoterapiei.

Psihoterapia de grup poate fi, de asemenea, eficientă, pentru că astfel clientul are şansa de a interacţiona cu alte persoane, exersând noi abilităţi de relaţionare şi dobândind o motivaţie socială mai mare.

În interacţiunea cu persoanele cu TPS	
se recomandă:	este de evitat:

— Să le respectaţi nevoia de singurătate;	— Să le forţaţi să comunice;
— Să vă arătaţi interesul faţă de pasiunile/ hobby-urile lor şi (sau) să îi acompaniaţi în practicarea acestora;	— Să le obligaţi să manifeste emoţii puternice;
— Să le apreciaţi calităţile;	— Să fiţi intruzivi;
— Să observaţi că au o lume interioară (Lelord, André, 2003, apud Dumitraşcu, 2012).	— Să le lăsaţi să se izoleze complet.

Tabelul 5 – Recomandări privind relaţionarea cu persoanele cu TPS

5.6. Tulburarea de personalitate schizoidă şi adicţia de calculator

Dependenţa de calculator şi mai ales de jocurile video este foarte comună la persoanele cu tulburare de personalitate schizoidă.

Jocurile sunt făcute să fie incitante, să ofere satisfacţie şi meompense, şi să-i lase individului impresia că odată cu fiecare nivel atins este mai bun, mai competent (Clark, Scott, 2009).

La persoanele cu TPS, această dependenţă se manifestă mill ales din pricina faptului că jocurile pe calculator oferă un iinumit tip de detaşare de realitate („*mine, a mă juca pe calculator e ca o stare de meditaţie*” apud Clark, Scott, 2009) şi, mul mult, oferă posibilitatea de „construcţie a propriei realităţi”, desigur, în imaginar, în lumea fantasmelor.

În acelaşi timp, calculatorul nu solicită răspunsuri moţionale, aşa cum ar aştepta un interlocutor din lumea reală, prin urmare, unui schizoid îi este mult mai confortabil să se cufunde în această lume logică, raţională.

Într-o viaţă lipsită de iniţiativă şi contacte sociale,

„uciderea monştrilor”, „colectarea de comori” par a fi veritabile realizări.

Sigur că la unele persoane cu TPS pasiunea pentru calculator poate conduce la realizări.

Capitolul VI

Tulburarea de personalitate SCHIZOTIPALĂ (TPST)

Marius (B) 26 de ani

Marius este absolvent al unei facultăţi de informatică şi de la vârsta de 13 ani practică meditaţia cu cristale.

La vârsta de 26 de ani a fost adus la clinica de psihiatrie de către mama sa, pentru dispoziţie depresivă şi retragere socială.

Fiul mărturiseşte că a consumat opiacee în scopul

iluminării. Acesta este extrem de superstiţios şi îşi analizează şi interpretează cu atenţie şi într-o manieră particulară visele, dar şi evenimente obişnuite de viaţă.

De câţiva ani s-a dedicat studiului literaturii vedice şi al bibliei. Ruga şi meditaţia ocupă un loc însemnat în viaţa lui şi petrece mult timp astfel, afirmând că a reuşit chiar să se decorporalizeze cândva.

Spune că poate citi gândurile altor persoane şi uneori se simte urmărit.

A experimentat halucinaţii vizuale elementare sau fotopsii (luminiţe colorate).

Marius a fost diagnosticat cu episod depresiv major şi tulburarea de personalitate schizotipală, însă toată această paletă poate anunţa de fapt debutul unei schizofrenii.

6.1. Descriere generală

Persoanele diagnosticate cu tulburare de personalitate schizotipală se aseamănă cu cele cu tulburare de personalitate schizoidă prin izolarea socială, prin gradul înalt de introversiune, detaşare faţă de lumea reală şi viaţă interioară bogată.

Persoanele cu tulburare de personalitate schizotipală au o manieră de a gândi, de a se purta, de a interacţiona cu alte persoane şi de a se îmbrăca totalmente neobişnuită şi excentrică pentru majoritatea dintre noi (obiecte vestimentare care nu se potrivesc, gestică manierată, neglijarea regulilor, convenţiilor sociale).

De asemenea, acestea sunt extrem de suspicioase şi au o serie de credinţe bizare. Au simptome asemănătoare celor psihotice, dar nu de factură şi de intensitate psihotică.

Excentricitatea comportamentului lor, anomaliile de gândire şi de afectivitate sunt asemănătoare cu cele din schizofrenie. De altfel, tulburarea de personalitate schizotipală prezintă o prevalenţă înaltă printre rudele biologice ale pacienţilor cu schizofrenie, fiind considerată ca parte a spectrului genetic al schizofreniei (McGuffin &

Tapper, 1992; Nigg & Goldsmith, 1994, apud Dindelegan, 2012). Ca şi unii dintre pacienţii cu schizofrenie, au idei de referinţă21 (de exemplu pot crede că în timp ce merg pe stradă toată lumea vorbeşte despre ei), însă acestea nu sunt susţinute cu o convingere delirantă, în sensul că pot admite că ideile lor sunt ilogice.

Aceste persoane au o gândire magică sau credinţe stranii ce le influenţează comportamentul (de ex. superstiţiozitate, credinţă în clarviziune, telepatie, fantezii şi preocupări bizare). Kle pot spune că simt prezenţa unei alte persoane când sunt singuri, sau că pot prezice viitorul, că pot comunica cu persoane decedate etc. Pot fi, de asemenea, convinse că deţin un control magic asupra celorlalţi, în mod direct, prin gândire sau indirect, prin intermediul unor obiecte în cadrul executării unor ritualuri.

Este important să-i diferenţiem de persoanele care practică diferite ritualuri (spiritism, woodoo) şi care nu au neapărat tulburare de personalitate schizotipală (deşi cei mai mulţi dintre ei se pot înscrie în această tipologie). Când 41 hire de referinţă = sentimentul că incidente obişnuite şi evenimente externe «ţi-o semnificaţie particulară şi insolită (APA, 2000)

credinţele anumitor persoane şi ritualurile pe care acestea le desfăşoară sunt în strânsă legătură cu miturile specifice fondului etnic sau cultural din care fac parte, nu vorbim de tulburare de personalitate schizotipală. La fel şi în cazul în care anumite persoane îndeplinesc ritualuri în scopul escrocării altora.

Persoanele cu tulburare de personalitate schizotipală trăiesc experienţe perceptive insolite, incluzând iluzii corporale.

Aşa cum am precizat şi mai sus, atât gândirea cât şi limbajul acestor persoane sunt bizare (ex. limbaj vag, circumstanţial, metaforic, supraelaborat sau stereotip), astfel încât răspunsurile pot fi cu conţinut abstract sau cu înţeles neobişnuit, fără a ajunge la incoerenţă.

Aceste persoane au o rezonanţă afectivă redusă şi o slabă capacitate de a lega relaţii de prietenie. Relaţionarea slabă şi izolarea socială sunt cauzate mai degrabă de temeri paranoide decât de fobie sociale.

TPST poate fi evidentă încă din copilărie sau adolescenţă prin excentricitatea şi stranietatea manifestărilor, dar şi prin gândurile şi limbajul singular, prin fanteziile bizare şi esoterice, prin relaţiile reduse cu covârştnicii şi anxietatea socială (APA, 1994, 2000, apud Dindelegan, 2012).

Potrivit APA (2000) prevalenţa tulburării de personalitate schizotipală este de 3% din populaţia generală. Această tulburare de personalitate are o evoluţie bună, doar un mic procent dintre indivizi dezvoltând schizofrenie sau altă tulburare psihotică.

Complicaţii: episoade psihotice tranzitorii, tulburare delirantă, tulburare schizofreniformă, schizofrenie, depresie (episod depresiv major), suicid.

6.2. Criterii de diagnostic

DSM-IV-TR

Tulburarea Schizotipală de Personalitate

Criterii de Diagnostic

Λ. Un pattern pervasiv de deficite sociale şi interpersonale manifestat prin disconfort acut în relaţii şi reducerea capacităţii de a stabili relaţii Intime, precum şi prin distorsiuni cognitive şi de percepţie şi excentricităţi de comportament, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) idei de referinţă (excluzând ideile delirante de referinţă);

(2) gândire magică sau credinţe stranii care influenţează comportamentul şi sunt incompatibile cu normele subculturale (de ex, superstiţiozitate, credinţă în clarviziune, telepatie ori în cel de al „şaselea simţ”; la copii şi adolescenţi, fantezii şi preocupări bizare);

(II) experienţe perceptive insolite, incluzând iluzii

corporale;

(4) gândire şi limbaj bizar (de ex. limbaj vag, circumstanţial, metaforic, supraelaborat sau stereotip);

(Γ>) suspiciozitate sau ideaţie paranoidă;

(6) afect inadecvat sau coarctat22;

(7) comportament sau aspect bizar, excentric sau particular;

(H) lipsa de amici sau confidenţi apropiaţi, alţii decât rude de gradul I; (9) anxietate socială excesivă care nu se diminuează odată cu familiarizarea şi tinde a fi asociată mai curând cu temeri paranoide decât cu judecăţi negative despre sine.

M. Nu survine exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări afective cu elemente psihotice, al altei tulburări psihotice ori al unei tulburări de dezvoltare pervasivă.

e DSM-IV-TR American Psychiatric Association (2000)

Aplatizat, aplatizare afectivă

Manualul ICD-IO nu descrie în capitolul „tulburările de personalitate" tulburarea de personalitate schizotipală. Întâlnim, însă, în capitolul „schizofrenia, tulburările schizotipale şi tulburările delirante", tulburarea schizotipală, care include şi tulburarea de personalitate schizotipală. Această tulburare se caracterizează printr-un comportament excentric şi anomalii ale gândirii şi afectului asemănătoare cu cele din schizofrenie. Evoluţia şi cursul tulburării schizotipale, potrivit ICD-10, sunt de obicei cele ale unei tulburări de personalitate. Printre caracteristicile acestei tulburări enumerăm: afect neadecvat; comportament sau apariţie bizară, excentrică, idei sau credinţe bizare, magice; ruminaţii obsesive fără o rezistenţă interioară, adesea cu conţinut dismorfofobic, sexual sau agresiv; suspiciune, idei paranoide, episoade cvasi-psihotice tranzitorii, ocazionale, iluzii, halucinaţii; tulburarea schizotipală evoluează ocazional spre schizofrenie.

6.3. Noi faţete

Milion (2007) propune 2 faţete ale personalităţii de

tip schizotipal: schizotipalul insipid şi schizotipalul timorat, pe care le descrie astfel:

schizotipalul insipid (se asociază cu trăsături specifice TP schizoide, depresive şi dependente) şi are următoarele caracteristici: indiferent, insensibil; gânduri obscure, vagi, tangenţiale; crede că deţine puteri bizare sau telepatice. Din cauza detaşării nu au nicio legătură cu lumea externă iar din pricina pasivităţii nu şi-au conturat bine o identitate, astfel încât putem spune despre ei că au formă, dar nu şi conţinut. Experienţele de decorporalizare, crizele existenţiale şi episoadele de teroare sunt comune acestei tipologii. Unii dintre ei se autopercep ca „simple carcase umane" fără semnificaţie şi scop. Vorbirea este monotonă, imposibil de auzit.

schizotipalul timorat (se asociază cu trăsături specifice TP evitante şi negativiste) şi are următoarele caracteristici: uşor îngrijorat sau nervos, foarte atent la tot ce se întâmplă în jurul lui, este rezervat, nu oferă prea multe informaţii, suspicios; îşi blochează în mod voit propriile gânduri.

Aceştia se pot focusa pe detalii irelevante, dezvoltând o serie de superstiţii şi ritualuri. Îşi conturează o lume lăuntrică populată de fantezii magice, iluzii, relaţii telepatice şi alte gânduri bizare. Toate acestea au menirea de ai însera într-o realitate mult mai satisfăcătoare decât lumea reală şi de a le conferi o identitate mai sigură. Schizotipalul timorat prezintă agitaţie, anxietate crescută şi o vigilenţă sporită în contextele sociale. Mulţi dintre ei se arată neîncrezători în ceilalţi, iar suspiciozitatea lor nu scade nici atunci când familiaritatea creşte.

h.4. Cauze

Tulburarea de personalitate schizotipală este strâns legată de schizofrenie, multe dintre simptomele tulburării fiind asemănătoare cu cele ale schizofreniei, însă fiind mai moderate i îi manifestare.

Legătura cu schizofrenia este confirmată şi de studiile genetice. Realizându-se cercetări longitudinale, s-a

constatat o prevalenţi crescută a tulburării de personalitate schizotipală la iudele bolnavilor de schizofrenie (Silver & Davis, 2004 apud Harlow, Durand, 2009).

Totodată, prezenţa unui părinte cu schizofrenie sau cu personalitate schizotipală creşte riscul de dezvoltare a acestei afecţiuni la copil.

Factorii de mediu şi educaţie pot, de asemenea, să influenţeze dezvoltarea tulburării în cauză.

Abuzul îndreptat asupra copilului, neglijarea, traumele sau stresul pot determina disfuncţii cerebrale care duc la apariţia simptomelor schizotipale.

6.5. Abordare terapeutică şi suport

Aşa cum afirmă şi Milion (2007), tulburarea de personalitate schizotipală este cea mai uşor de identificat, însă cea mai greu de abordat psihoterapeutic.

Ideal ar fi ca intervenţia terapeutică să fie însoţită de tratament medicamentos, sugerează acelaşi autor, mai ales la persoanele la care trăsăturile bolii sunt destul de severe. Din cauza gândirii lor bizare şi a ideaţiei paranoide, pot distorsiona comunicarea cu terapeutul şi împiedica formarea alianţei terapeutice. Există riscul ca subiectul să creadă că poate avea control asupra gândurilor terapeutului sau că poate avea acces la dorinţele neexprimate ale terapeutului. Totuşi, psihoterapia este recomandată, mai ales datorită faptului că interacţiunea cu terapeutul poate preveni deteriorarea psihică care se instalează la cei mai mulţi dintre aceşti pacienţi.

Studiile au arătat că starea acestora nu se îmbunătăţeşte în timp, din contră, ei tind să dezvolte caracteristici tot mai apropiate de schizofrenie. În ciuda celor menţionate, ajutorul terapeutic poate fi util în diminuarea simptomatologiei sau în amânarea decompensării (depresie majoră ori schizofrenie mai ales).

Un alt obiectiv important este acela de a-i ajuta să înveţe să răspundă potrivit, într-o manieră adecvată în situaţiile sociale (au mari dificultăţi de relaţionare), să

învețe să-şi exprime adecvat sentimentele sau să-şi ajusteze expresia facială şi vocea ca reacţie la anumiţi stimuli.

Terapia de familie poate oferi persoanei afectate reasigurarea suportului din partea familiei şi creşterea încrederii în sine şi în ceilalţi.

În interacţiunea cu persoanele cu TPST	
se recomandă:	este de evitat:
să aveţi un discurs simplu, fără ambiguităţi; să utilizaţi termeni comuni.	— Să transmiteţi mesaje duble; — Să utilizaţi expresii care aparţin jargonului.

Tabelul 6 – Recomandări privind relaţionarea cu persoanele ui TPST

h.6. Gândirea magică

Cele 7 credinţe iraţionale care ne conduc viaţa

Religioşi, agnostici sau atei, fiecare dintre noi, indiferent tiv sex, educaţie, religie sau clasă socială, avem anumite credinţe, uncie dintre ele iraţionale. Chiar dacă cei mai mulţi dintre noi nu 11 edem în fenomene paranormale, în superstiţii, premoniţii sau în uite puteri supranaturale, putem totuşi cădea în plasa gândirii li. iţionale, numite şi gândire magică („magical thinking”).

Matthew Huston, autor al cărţii *„Cele 7 Legi ale gândirii magice*: *Cum credinţele iraţionale ne menţin fericiţi, sănătoşi şi echilibraţi.”*[18], a studiat gândirea magică timp de mai mulţi ani şi o defineşte ca acel proces prin care atribuim proprietăţi mentale unor fenomene non-mentale, dând sens astfel unor fenomene naturale, sau ca asocieri pe care le facem între gândurile noastre şi anumite evenimente (de exemplu, dacă cuiva i se întâmplă o nenorocire, ne gândim că acest lucru s-a produs ca urmarea a faptului că i-am dorit răul) (Huston, 2012).

18 The 7 Laws of Magical Thinking: How Irrational Beliefs Keep Us Happy, Healthy, and Sane

În urma studiilor şi cercetărilor întreprinse asupra evoluţiei umane şi în neuroştiinţe, Huston a ajuns la concluzia că gândirea magică a fost un element esenţial în lupta pentru supravieţuire şi că aceasta ne permite să dăm sens lucrurilor de neînţeles, ne oferă control asupra lumii şi confort psihologic.

Sigur că superstiţiile şi ritualurile nu ne permit să schimbăm realitatea din jurul nostru, însă ele ne oferă ocazia să dăm un sens lumii şi, mai mult, dându-ne iluzia controlului, ne cresc încrederea în forţele proprii.

În cartea sa, Huston descrie şapte manifestări ale gândirii magice:

1. Obiectele conţin esenţe.

Fiecare dintre noi are un obiect preferat, care are o a anumită valoare pentru el, nu neapărat materială, cât spirituală mai ales (un talisman norocos de pildă). Obiectele asociate cu poveşti înspăimântătoare (de exemplu un obiect care a aparţinut unei persoane care s-a sinucis, o casă în care au avut loc evenimente sinistre) ne generează repulsie şi teamă. Dimpotrivă, obiectele care au aparţinut unor persoane dragi sau cele asociate cu poveşti încântătoare ne atrag.

2. Simbolurile au putere.

Unele lucruri sunt investite de către noi puternic afectivmoţional, astfel încât ele capătă putere în mintea noastră, deşi în realitate acestea sunt doar obiecte neînsufleţite.

Un exemplu edificator în acest sens este situaţia în care rupi o fotografie a cuiva care obişnuia să-ţi fie drag, dar care te-a dezamăgit, iar acest lucru te face să te simţi mai bine (i-ai comunicat ce aveai să-i spui şi, rupând fotografia, îl „pedepseşti” pentru răul comis, descărcându-te în acelaşi timp de furia acumulată).

Îi. Acţiunile au consecinţe îndepărtate.

Oamenii au tendinţa de a face corelaţii între evenimente, chiar şi atunci când, între două evenimente care se petrec wtmultan nu există nicio conexiune logică.

Acest lucru se întâmplă pentru că mintea noastră funcţionează prin recunoaşterea de tipare, realizarea de conexiuni şi oferirea de explicaţii (Huston, 2012).

De pildă, dacă port talismanul meu norocos la un examen dificil, şi nu doar că trec examenul, dar iau şi o notă mare, atunci atribui succesul nu mie şi timpului petrecut studiului, sau Indulgenţei profesorului, ci faptului că am purtat acest talisman.

4. Mintea nu are limite.

Această manifestare a gândirii magice se referă la faptul i A, prin vizualizarea unui lucru în mintea noastră, contribuim la transformarea lui în realitate.

Cauzele nu sunt nici pe departe supranaturale, explicaţia fiind una extrem de simplă, aşa cum afirmă şi Huston: atunci când definim un obiectiv dorit, este mult mai probabil să recunoaştem oportunităţile ce ne permit să-l atingem, iar optimismul asociat acestei credinţe ne face să proiectăm încredere în exterior, ceea ce contribuie la atingerea ţelului.

Pe de altă parte, mintea noastră reţine cel mai adesea predicţiile reuşite. (încercaţi să vă aduceţi aminte de câte ori v-aţi gândit la o persoană iubită iar aceasta nu v-a telefonat. Sigur că situaţiile fericite în care v-aţi gândit la ea şi aţi fost sunat de aceasta au fost ţinute minte).

De asemenea, această putere a premoniţiei se confundă de fapt cu ceea ce în realitate se numeşte intuiţie (de exemplu, credem că am avut o premoniţie dacă ne-am gândit că un coleg al nostru va primi un job şi acest lucru se întâmplă în realitate).

5. Sufletul continuă să trăiască.

Majoritatea oamenilor consideră că sufletul este o altă entitate separată de creier (deşi dovezile acumulate de neuroştiinţe arată că sufletul este generat în totalitate de creier) şi că acesta va continua să existe şi după ce creierul, respectiv individul, moare. Această credinţă, aşa cum afirmă şi Huston, are rolul de a-l dezanxieta pe individ în faţa propriei mortalităţi sau să accepte cu mai mare

uşurinţă pierderea apropiaţilor.

6. Lumea este vie.

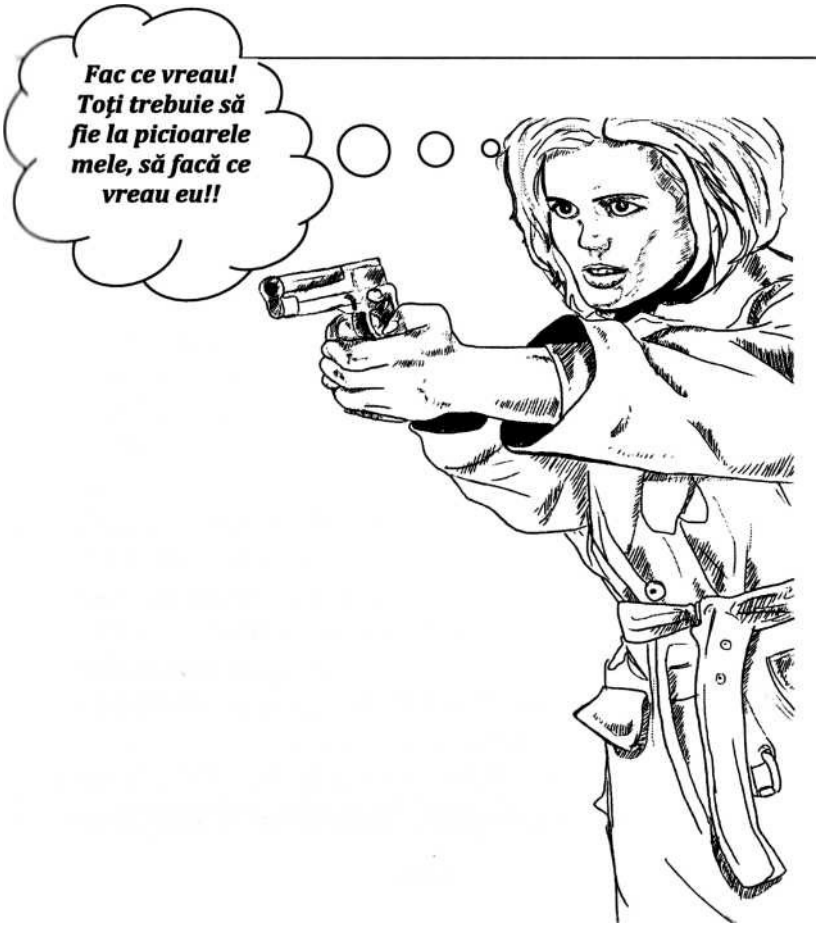
Acest tip de gândire magică se referă la antropormofizarea lucrurilor, obiectelor, fenomenelor din jurul nostru (atribuirea de calităţi omeneşti acestor obiecte).

7. Totul se întâmplă cu un motiv.

Credinţa în destin, într-o forţă supranaturală căreia îi atribuim tot ceea ce ni se întâmplă este cea mai comună în acest sens. Există atât beneficii, cât şi efecte negative ale acestei credinţe. De exemplu, evenimente negative pot fi privite ca o lecţie de viaţă din care fiecare poate învăţa, dezvolta noi abilităţi rezolutive sau pot motiva individul spre acţiuni pozitive. În opoziţie, anumite evenimente negative pot fi interpretate ca fiind rezultatul a ceea ce „trebuia să se întâmple" sau a ceea ce anumite persoane „meritau să primească" (de exemplu, să se creadă că linii indivizi, victime ale traficului de persoane, meritau să aibă parte de această experienţă din cauza faptului că, probabil, în trecut au comis anumite acte imorale sau reprobabile).

Capitolul VII

Tulburarea de personalitate ANTISOCIALĂ (TPA)



Bogdana (F) 59 ani

Bogdana se descrie pe sine ca o femeie serioasă căreia nu i-au plăcut niciodată problemele, deşi viaţa ei este marcată de conflicte atât cu membrii familiei, cât şi cu vecinii, conflicte pe care ea însăşi le generează şi le întreţine.

A avut o copilărie dificilă, marcată de absenţa tatălui şi probleme materiale majore. Crescând într-o familie numeroasă cu mai mulţi fraţi, a fost nevoită să se întreţină singură de mică. Mama s-a arătat prea puţin preocupată de nevoile copiilor, fiind surprinsă adesea în ipostaza în care ascundea hrana faţă de aceştia (comportament pe care îl întâlnim şi la subiectul studiului nostru de caz). Mai

târziu, existenţa i-a fost marcată de relaţii amoroase multiple, unele dintre ele promiscue. A fost căsătorită de câteva ori cu bărbaţi pe care îi domină şi pe care îi exploatează prin muncă fizică, umilindu-i fără încetare. Conflictele şi certurile s-au răsfrânt şi asupra copiilor pe care i-a neglijat, pe doi dintre aceştia abandonându-i la o vârstă fragedă.

S-a preocupat întotdeauna de bunăstarea proprie, având grijă să aibă cele mai bune haine, să consume cele mai rafinate mâncăruri, rămânând în acelaşi timp indiferentă la nevoile celorlalţi, chiar şi ale copiilor. Şi-a exploatat nu doar partenerii de viaţă, dar şi fiii (încă de timpuriu, când aceştia aveau vârsta la care ar fi trebuit să înveţe jocul, nu munca impusă).

Deşi ceilalţi respectau cu stricteţe ordinele ei, aceasta părea totdeauna greu de mulţumit, găsind motive de ceartă din nimic. Insensibilă la suferinţele celor din jur, bagatelizează inclusiv suferinţele reale ale celorlalţi, chiar în caz de intervenţie medicală.

A schimbat mai multe locuinţe din cauza neînţelegerilor cu vecinii pe care îi consideră vinovaţi de reputaţia proasta pe care o are în zonele în care a locuit

Violentarea drepturilor celorlalţi alături de conflictele cu autorităţile şi consumul de alcool completează tabloul diagnostic.

7.1. Descriere generală

Tulburarea de personalitate antisocială a fost numită de-a lungul timpului nebunie morală, egopatie, sociopatie, psihopatie şi nebunie fără delir (termen introdus de Philippe Phinel, 1809; 1962, apud Ionescu, 1997) pentru a descrie persoane cu răspunsuri emoţionale inadecvate, crize de furie necontrolate, însă cu abilitatea nealterată de a raţiona.

Persoanele cu tulburare de personalitate antisocială se definesc în primul rând printr-un istoric de încălcare a drepturilor celorlalţi, faţă de care manifestă dispreţ. Aceste manifestări se întâlnesc încă din copilărie şi

continuă în perioada adultă.

Este aproape exhaustivă descrierea făcută de Robert Ilare: „prădători sociali care farmecă, manipulează şi care îşi e roiesc drumul în viaţă fără milă, lăsând în urmă inimi frânte, aşteptări sfărâmate şi portofele golite. Lipsiţi de conştiinţă şi empatie, iau totdeauna de la ceilalţi, în mod egocentric, tot ce doresc şi fac orice doresc, violând normele sociale şi aşteptările fără urmă de regret ori remuşcare” (Hare, 1993).

Cele mai multe dintre aceste persoane comit acte care pentru majoritatea dintre noi sunt dezavuabile, reprobabile, de neacceptat, cum este furtul de la prieteni, rude, familie. Sunt iresponsabili, impulsivi şi înşelători. Instabilitatea şi impulsivitatea acestora atinge cote extrem de înalte, ajungându-se la devianţă socială. Neconformându-se normelor legale şi sociale, pot acţiona repetat împotriva legii, intrând în atenţia poliţiei, ajungându-se la numeroase arestări.

Este de precizat faptul că în momentul săvârşirii unor acte infracţionale, aceştia îşi păstrează discernământul, acţiunile antisociale fiind cauzate mai degrabă de impulsivitatea crescută decât de premeditare, fără elaborări mintale şi fără a ţine cont de consecinţele actului săvârşit Lipsa remuşcării este o trăsătură definitorie a acestor persoane. Astfel, ei nu experimentează niciodată sentimente de culpabilitate vizavi de actele comise, de necazurile ori dificultăţile provocate celorlalţi.

Instabilitatea comportamentală se poate manifesta şi mai puţin grav din punct de vedere legal, dar cu influenţe negative asupra vieţii cotidiene: abandonul jobului, părăsirea domiciliului, dar şi schimbarea frecventă a acestora.

Actele de violenţă fizică, corporală, nu sunt îndreptate doar către persoane străine, ci chiar faţă de membrii familiei, dar şi către ei înşişi. Alături de automutilări, sunt prezente şi alte comportamente cu caracter autolitic: condus imprudent (viteză excesivă,

nerespectarea regulilor de circulaţie, stare de ebrietate la volan), consum de alcool şi droguri (potrivit Taylor & Lang, abuzul de substanţe se întâlneşte la un procent de 60% dintre persoanele cu tulburare de personalitate antisocială şi tinde să fie un pattern stabil pe toată durata vieţii acestor persoane) etc.

Alte trăsături sunt lipsa de responsabilitate pe plan financiar, răceală afectivă, imaturitate, reacţii disforice, conjugopatii care duc la destrămarea familiei (violenţa domestică, violul marital etc.).

În ceea ce priveşte evoluţia acestor persoane, pot apărea stări depresive cu tentative de suicid. Totodată, evoluţia lor poate fi marcată de supradozări cu droguri, infectarea cu virusul HIV, vagabondaj şi cerşetorie.

TPA este evidentă încă din copilărie sub forma unei tulburări de comportament (în capitolul I precizam că pentru ca diagnosticul de TPA să fie pus înaintea vârstei de 18 ani este cerută dovada unei tulburări de comportament înaintea vârstei de 15 ani), însă, aşa cum precizează Dindelegan, (2012), nu trebuie să concluzionăm că toţi copii cu tulburări de comportament vor întruni criteriile de TPA (sau altă tulburare de personalitate) ea adult.

Potrivit APA (2000), epidemiologia tulburării de personalitate antisocială este de 3 – 30% din populaţia clinică; 3% bărbaţi – 1% femei din eşantioanele comunitare.

Complicaţii: dependenţă de droguri, dependenţa de alcool, t ulburare de somatizare, tulburare ciclotimă, suicid.

7.2. Criterii de diagnostic

DSM-IV-TR

Tulburarea de Personalitate Antisocială

Criterii de Diagnostic

Λ. Există un pattern pervasiv de desconsiderare şi violare a drepturilor altora apărând de la etatea de 15 ani, ca indicat de trei (sau mai multe) din următoarele:

11) incapacitatea de a se conforma normelor sociale

în legătură cu i comportamentele legale, indicată de comiterea repetată de acte care constituie motive de arest;

(2) incorectitudine, indicată de minţitul repetat, uzul de alibiuri, numipularea altora pentru profit sau plăcere personală;

(II) impulsivitate sau incapacitatea de a plănui dinainte;

(4) iritabilitate şi agresivitate, indicate de luptele sau atacurile corporale repetate;

s) neglijenţă nesăbuită pentru siguranţa sa sau a altora;

(II) iresponsabilitate considerabilă, indicată prin incapacitatea repetată de a avea un comportament consecvent în muncă ori de a-şi onora obligaţiile financiare;

(7) lipsa de remuşcare, indicată prin a fi indiferent ori a justifica de ce a făcut să sufere ori a maltratat sau a furat de la altul.

B. Individul are cel puţin 18 ani.

C. Exista proba unei tulburări de conduită cu debut înainte de 15 ani.

D. Comportamentul nu survine exclusiv în cursul schizofreniei ori al unui episod maniacal.

e DSM-IV-TR American Psychiatric Association (2000) ICD-10

Tulburarea de Personalitate Disocială

Caracteristici

O tulburare de personalitate poate ajunge de multe ori în atenţia medicală prin prisma disonanţei dintre comportamentul pacientului şi normele sociale, care este caracterizată prin:

(a) Nepăsare rece faţă de sentimentele celorlalţi;

(b) Atitudine marcată şi persistentă de iresponsabilitate şi dispreţuire a normelor, regulilor şi convenţiilor sociale;

(c) Incapacitate de a menţine relaţii durabile, deşi nu

există nicio dificultate în stabilirea lor;

(d) o toleranţă foarte scăzută la frustrare şi un prag scăzut de control al tendinţelor de a manifesta agresivitatea, inclusiv toleranţa;

(e) Incapacitatea de a trăi sentimentul de vină şi de a învăţa din experienţă, în special din pedepse;

(f) o înclinaţie marcată de a da vina pe alţii, sau de a oferi explicaţii plauzibile pentru comportamentul care a adus pacientul în conflict cu societatea.

De asemenea, ca o trăsătură asociată poate fi prezentă şi iritabilitatea. Tulburarea de conduită din copilărie sau adolescenţă, cu toate că nu e prezentă în mod invariabil, poate aduce un sport în diagnostic.

Include: tulburarea de personalitate amorală, antisocială, asocială, psihopată şi sociopată.

Exclude: tulburările de conduită, tulburarea de personalitate instabilii emoţional.

e ICD-10 Organizaţia Mondială a Sănătăţii (1992)

7.3. Noifaţete

Deşi „antisocial" este termenul oficial utilizat de APA, există autori care utilizează termenii de „psihopat" ori „sociopat" pentru a descrie persoane care comit acte de violenţă. Astfel, ei lac următoarea distincţie:

Psihopaţi – sunt consideraţi a avea anumite predispoziţii constituţionale

Sociopaţi – biologic normali, însă dezvoltă caracteristici antisociale mai ales prin incompetenţa de a socializa ori o socializare ostilă, educaţie defectuoasă (apud Milion, 2004).

Milion (2007) propune câteva variante pentru tulburarea «le personalitate antisocială. Astfel, autorul vorbeşte de următoarele tipuri:

antisocialul avid (este varianta a antisocialului), se consideră deprivat de dragoste, afecţiune, suport şi câştiguri materiale. Este invidios pe cei care au mai mult decât el şi consideră ca fiind firesc a-i forţa pe aceştia să *împartă* sau să cedeze din bunurile lor. Fierbând de mânie

şi resentimente, plăcerea lor cea mai mare este aceea de a pune stăpânire pe proprietăţile sau bunurile altora. Extrem de răzbunători şi manipulativi, unii dintre ei sunt adevăraţi criminali, alţii, simpli hoţi, în timp ce o altă parte devin antreprenori care exploatează oamenii în vederea satisfacerii propriilor lor nevoi. Cu toate că nu au compasiune faţă de victimele lor sau regret faţă de actele comise, aceştia rămân întotdeauna nemulţumiţi de statutul pe care îl au, rămân goi din punct de vedere emoţional, nemulţumiţi.

antisocialul defensiv (se asociază cu trăsături specifice TP narcisice). Aşa cum subliniază şi Milion, nu toţi antisocialii râvnesc la bunuri materiale. Antisocialul din această categorie are nevoie să fie văzut de ceilalţi ca fiind invincibil, de nedominat, cu o reputaţie caracterizată prin bravură, curaj. Prin actele antisociale, acesta doreşte să le arate celorlalţi că el este *cineva* şi să-i facă pe aceştia să îl trateze cu respect. Extrem de încăpăţânat şi dificil, se află mereu în gardă, luptându-se constant împotriva deprecierilor. Într-o defensă perpetuă, face tot posibilul să îşi arate puterea şi să îşi consolideze reputaţia de curaj inexpugnabil, de forţă care poate face faţă oricărei lupte.

antisocialul aventuros (se asociază cu trăsături specifice TP histrionice) se caracterizează prin curaj, cutezanţă, nepăsare, angajare în activităţi riscante, aventuri primejdioase. Pentru aceştia, asumarea riscurilor este orientată către a-i impresiona pe ceilalţi. Ei îşi doresc ca ceilalţi să îi vadă îndrăzneţi, neînfricaţi şi temerari în situaţii în care oricine altcineva ar experimenta teama de moarte, frica de posibile răni sau fracturi, teroare. Antisocialii aventuroşi sunt într-o continuă căutare de stimuli („fiori”), dornici să-şi testeze curajul în faţa auditoriului, pentru atenţie, aplauze. Ceea ce-i defineşte ca antisociali este lipsa de responsabilitate faţă de propria viaţă şi faţă de vieţile altora, mai ales atunci când se angajează în provocări tot mai mari.

antisocialul nomad (se asociază cu trăsături specifice TP schizoide şi evitante). Este vorba de acei antisociali

care doresc să trăiască la marginea societăţii în care se simt rejectaţi, părăsiţi, eliminaţi. Rătăcitori, vagabonzi, se pot angaja în prostituţie şi consum de droguri sau alcool, îşi schimă domiciliul frecvent sau adesea nu au o casă a lor. Deconectaţi de la realitate, par să-şi fie pierdut însăşi identitatea. Unii dintre ei sunt absenţi şi temători, în timp ce alţii sunt mai degrabă revoltaţi şi mânioşi. Pot ajunge să îşi descarce frustrările în acte de violenţă, atacuri brutale sau abuzuri sexuale.

antisocialul răuvoitor (se asociază cu trăsături specifice TP sadice, paranoide). Este belicos, vicios, caustic, răzbunător, neînfricat, insensibil. Pentru el, emoţiile şi mai ales gingăşiile sunt un semn de slăbiciune. Ca şi paranoizii, interpretează intenţiile bune ale celorlalţi drept şiretlicuri şi sunt mereu în gardă. Când trăsăturile sadice sunt accentuate, caută să îşi confirme imaginea de om puternic victimizându-i pe cei prea slabi pentru a se putea apăra şi terorizând oameni pentru propriul amuzament, în situaţia în care sunt confruntaţi cu parteneri puternici, sunt experţi în a-şi face inamicul să cedeze.

7.4. Cauze

Studiile transversale arată că există influenţe genetice. atât în tulburarea de personalitate antisocială cât şi în criminalitate (Waldman & Rhee, 2006, apud Barlow & Durand, 2009).

În ceea ce priveşte influenţele neurobiologice specifice tulburării de personalitate antisocială, studiile realizate de către Mart, Forth & Hare (1990) arată faptul că persoanele care suferă de această tulburare au abţinut aceleaşi rezultate la testele neurobiologice ca şi restul indivizilor (rezultatele obţinute nu sunt spectaculoase, pentru că aceste teste detectează doar modificările cerebrale semnificative, nu şi pe cele biochimice ce pot afecta comportamentul acestor persoane).

Nu doar factorii ereditari, cât şi circumstanţele de mediu influenţează dezvoltarea acestei tulburări de

personalitate. Mediul familial, mediul şcolar, chiar şi comunitatea în care se dezvoltă copilul au o influenţă marcantă asupra acestuia. Astfel, un mediu familial sau şcolar extrem de punitiv reprezintă un factor de risc. A trăi într-un mediu haotic, fără norme, reguli în care conflictele intrafamiliale sunt constante reprezintă iarăşi o condiţie a dezvoltării acestei tulburări de personalitate, ca şi prezenţa unor părinţi consumatori de droguri ori alcool, abuzivi emoţional şi fizic. Copilului îi va fi greu să realizeze legături emoţionale, se poate izola şi mai mult, poate vedea lumea ca ostilă, imprevizibilă şi periculoasă.

Lipsa modelelor de comportament sanogen, pozitiv, lipsa recompenselor pentru acţiunile acceptate sociale cresc riscul pentru angajarea în acţiuni şi comportamente disfuncţionale şi infracţionale în plan social şi interpersonal (certuri, bătăi, furt, vandalism etc.).

Este foarte important de reţinut faptul că nu toţi antisocialii sunt criminali şi nu toţi criminalii sunt antisociali!

7.5. Abordare terapeutică şi suport

Problema majoră în asistarea antisocialilor este aceea că aceste persoane nu consideră că ar avea o problemă. Această atitudine este comună la persoanele care suferă de diferite tulburări de personalitate; este cunoscut, de altfel, faptul că aceştia sunt egosintonici cu tulburarea lor.

Antisocialii ajung la terapie de cele mai multe ori împotriva dorinţei lor, motivele fiind exmatricularea de la şcoală, pierderea job-ului, iminenţa divorţului sau acuzaţii penale.

Acestor clienţi le lipseşte empatia, capacitatea de realizare a insight-ului şi au o conştiinţă deficitară. Pentru ei, terapia este un soi de joc, o experienţă agasantă din lungul şir de constrângeri sociale.

Terapia îşi va propune ţeluri modeste, focusându-se mai ales pe stoparea actelor criminale. Clienţii cu tulburare de personalitate antisocială arată cel mai

frecvent ostilitate faţă de terapeut, până când învăţă să capete încredere în acesta.

Clienţii antisociali sunt experţi în a mima remuşcarea, sau chiar schimbarea atitudinilor antisociale, pentru ca ulterior să se întoarcă la comportamentele lor criminale. Totuşi, nu trebuie să devenim neîncrezători sau să dezvoltăm suspiciuni cu clienţii care par să facă progrese.

Terapia de grup s-a dovedit mai eficientă decât cea Individuală. De asemenea, unii clinicieni vorbesc de faptul că succesul terapeutic în asemenea cazuri este influenţat de vârsta clientului, astfel, s-au înregistrat progrese mai mari la persoanele cu o vârstă mai înaintată. Să nu uităm, însă, faptul că tulburările de personalitate înregistrează o diminuare a simptomatologiei după vârsta de 40 de ani.

Se impune identificarea copiilor cu risc crescut de dezvoltare a tulburării de personalitate antisocială şi o Intervenţie timpurie în cazul acestora. Comportamentul agresiv al copiilor tinde să fie stabil (un copil care minte, fură, Insultă, îi ameninţă pe ceilalţi va face acest lucru toată viaţa).

Părinţii vor fi învăţaţi cum să recunoască problemele, tulburările de comportament ale acestora şi, totodată, cum să le încurajeze comportamente prosociale, adaptative. Studiile au arătat că acest tip de programe corectează tulburările de comportament care se pot traduce la vârsta adultă în tulburarea de personalitate antisocială (Harris & Rice, 2006). Este important să se stabilească reguli de conduită şi disciplină extrem de clare şi recompense pentru respectarea acestora.

Lipsa de reguli sau inconsecvenţa în sancţionarea comportamentelor indezirabile derutează copilul, acesta devenind inapt să discearnă între comportamentele acceptate şi neacceptate.

În interacţiunea cu persoanele cu TPA	
se recomandă:	este de evitat:
— Să stabiliţi	— Să încălcaţi voi

reguli clare; — Să le oferiţi un model de disciplină echilibrat; — Să respectaţi voi înşivă regulile; — Să le sancţionaţi comportamentele reprobabile; — Să încurajaţi şi să susţineţi acţiunile prosociale ale acestora; — Să-i răsplătiţi atunci când îşi exprimă sentimente pozitive;	înşivă convenienţele sociale; — Să transmiteţi mesaje duble; — Să fiţi excesivi de permisivi sau excesiv de duri cu ei; — Disciplina haotică.

Tabelul 7 – Recomandări privind relaţionarea cu persoanele cu TPA

7.6. Femei-tşdiciaie

Aileen Wuomos (1956 – 2002) este o prostituată de origine americană, criminal în serie, care a ucis mai mulţi bărbaţi pe parcursul anilor 1989 şi 1990.

Cu un istoric de viaţă traumatizant şi promiscuu, Wuomos a dezvoltat un profil psihologic care întruneşte foarte bine criteriile pentru tulburarea de personalitate antisocială şi borderline.

A avut o copilărie marcată de abandon şi abuzuri sexuale Incestuoase, alegând mai târziu calea străzii.

Wuomos nu şi-a cunoscut niciodată tatăl, acesta fiind în închisoare la momentul naşterii ei pentru viol şi tentativă de omor a unei fete de 7 ani (Silvio, McCloskey & Ramos-Grenier, 2006). El a fost considerat schizofren şi a fost condamnat pentru agresiuni sexuale săvârşite împotriva copiilor (pedofilie). A sfârşit prin suicid, mai exact prin spânzurare în închisoarea în rare era închis (Howard, Smith, 2004).

Abandonată de mamă, Ailen a fost adoptată de bunicii materni, iar mai târziu, la vârsta de 11 ani, a

început să-şi ofere trupul în şcoală în schimbul ţigărilor, drogurilor şi alimentelor.

Wuornos a afirmat că a fost bătută şi agresată sexual, copil fiind, de bunicul ei care era alcoolic. La vârsta de 14 ani a rămas însărcinată cu unul din prietenii bunicului ei, care, şi aresta, potrivit acuzaţiilor ei, o violase. Copilul s-a născut şi a fost dat spre adopţie.

După moartea bunicii, la vârsta de 15 ani, aruncată fiind în stradă, a început să se susţină practicând prostituţia (Howard, Smith, 2004).

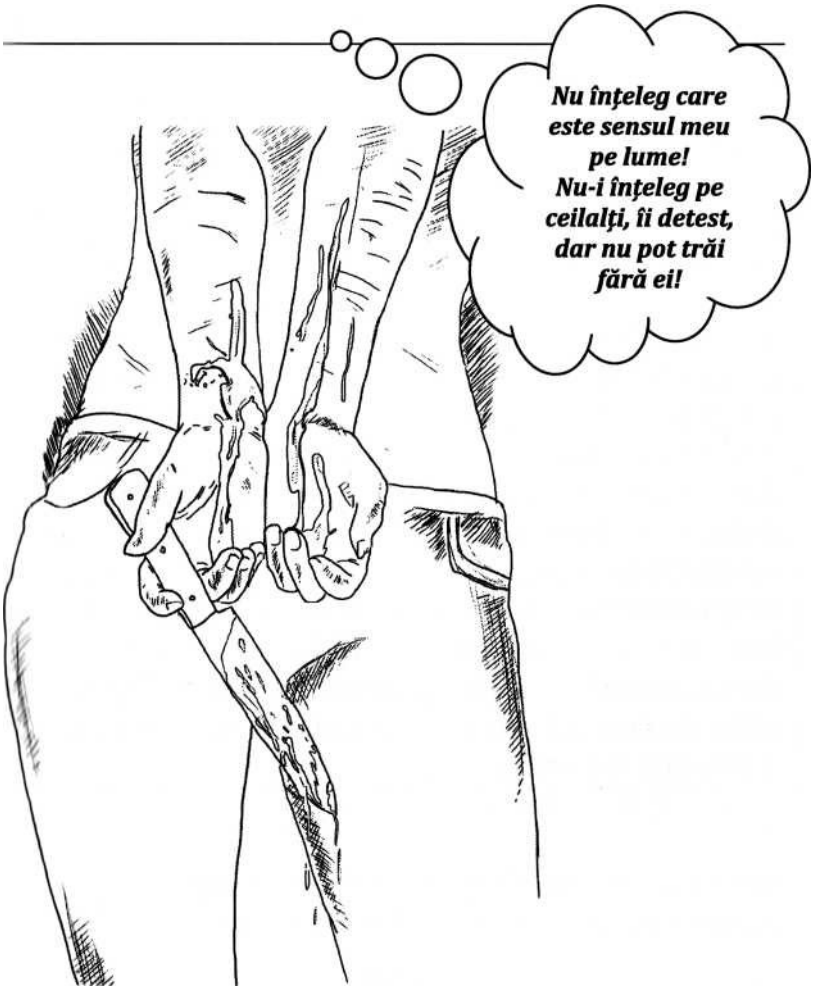
Aileen a comis mai multe infracţiuni şi acte de violenţă (condus sub influenţa băuturilor alcoolice, tulburarea liniştii publice, jaf armat, folosirea unei identităţi false etc.), printre care 7 omoruri. Însă, în timpul procesului, aceasta a declarat că omorurile au fost înfăptuite în legitimă apărare şi că victimele ei au violat-o sau au încercat să o violeze în timp ce aceasta lucra ca prostituată.

A fost condamnată la moarte pentru şase dintre crime şi a fost executată de către statul Florida, prin injecţie letală, în octombrie 2002. Înaintea execuţiei sale, Aileen a avut o ultimă răbufnire, învinovăţind media, avocaţii şi societatea pentru soarta ei[19].

Capitolul VIII

Tulburarea de personalitate BORDERLINE (TPB)

19 Inspirat de povestea de viaţă a acesteia este filmul Monster (2003) în cart' Aileen Wuornos este interpretată de actriţa Charlize Theron.



Cristina (F) 26 de ani

Cristina, studentă a unei facultăţi cu profil socio-uman, a intrat în atenţia specialiştilor în urma unor tentative repetate de suicid soldate cu vătămarea corporală (tăiatul venelor, ingerarea de medicamente).

Familia a asistat la numeroase tentative şi ameninţări cu suicidul în ultimii ani.

Cu o agresivitate crescută, îndreptată preponderent asupra ei înseşi, Cristina afirmă că nu îşi găseşte sensul pe lume şi că atunci când se taie, totul pare mai suportabil. Actele autolitice, declară ea, au menirea de a-i reduce

senzaţia de gol interior, de a o calma.

Mărturiseşte că nu-şi găseşte sensul pe lume („Nu *nimic, nu am pentru ce să trăiesc*”, „*Mă tot gândesc cum să mor, nimic nu mă face fericită*”) şi că tot ce îşi doreşte este un bărbat şi un copil. Relaţiile intime sunt marcate de instabilitate, C. trecând de la îndrăgostirea de imaginea idilică a unui profesor universitar la îndrăgostirea de un vagabond cu cazier juridic încărcat.

Se implică în relaţii sexuale promiscue în care este folosită ca obiect sexual şi nu îşi ia niciodată măsuri de protecţie. Aventurile sexuale sunt trăite intens şi la un nivel foarte riscant. Instabilitatea se răsfrânge în toate aspectele vieţii ei, inclusiv în zona relaţiilor de prietenie marcate de certuri şi împăcări frecvente.

Fiind întreţinută de părinţi şi locuind cu aceştia, declară că îi urăşte şi că nu mai poate tolera conflictele lor maritale la care este nevoită să asiste.

8.1. Descriere generală

Tulburarea de personalitate borderline este una dintre cele mai răspândite tulburări de personalitate din populaţia clinicii de psihiatrie. Persoanele cu TPB au o viaţă tumultuoasă; relaţiile şi emoţiile acestora sunt instabile şi au de regulă o imagine de sine precară. TPB este adesea însoţită de senzaţia de vid interior şi de un risc crescut pentru comportamente de automutilare ori suicid.

Relaţiile acestor persoane sunt tensionate, nu au control asupra propriilor emoţii şi sunt urmărite de teama de abandon, de rejecţie, fiind totodată neîncrezătoare în ele însele.

Instabilitatea, ca una din trăsăturile definitorii ale persoanelor cu TPB, se manifestă astfel: instabilitatea relaţiilor interpersonale, a propriei imagini de sine, a afectelor (impulsivitatea manifestată prin cheltuieli abuzive, joc patologic, abuz de substanţă, mâncat excesiv, relaţii sexuale dezorganizate şi promiscue etc.).

Sunt persoane extrem de sensibile la circumstanţele exterioare. Reacţionează cu furie chiar şi când se află în

faţa unei situaţii justificate de separare, clar limitate în timp, sau a unor schimbări de plan. Instabilitatea emoţională este marcată de episoade anxioase sau disforice.

O altă caracteristică definitorie este afectarea relaţiilor personale, prin tendinţa idealizării potenţialului lor încă de la primele întâlniri. De la idealizare, însă, trec foarte uşor la nemulţumire şi devalorizare, exprimându-se de multe ori într-o manieră dramatică. Viaţa afectivă este marcată de sentimente de „vid interior", dar şi de o reactivitate crescută a dispoziţiei, cu accese necontrolate de furie.

Ideaţia paranoidă tranzitorie şi manifestările disociative sunt legate de eforturile majore de a evita un abandon real sau imaginar.

Din cauza sentimentului de abandon, fac adevărate crize de panică sau mânie, până la automutilări şi tentative sau echivalenţe suicidare (în 8 – 10% din cazuri, suicidul este reuşit).

Kreisman, Straus (2004) propun următoarea listă de caracteristici ale persoanelor cu TPB:

Experienţe traumatizante în copilărie (îndeosebi abuz emoţional, fizic ori sexual);

Comportamente de autosabotare (distrugerea unei bune relaţii de prietenie, pierderea unui interviu pentru un job din cauza unei purtări neadecvate, ireverenţioase etc.);

Istoric de relaţii, locuri de muncă dezamăgitoare etc.

Schimbare frecventă de joburi, şcoli, relaţii (divorţuri, despărţiri, reîmpăcări);

Istoric de relaţii dureroase, care implică suferinţă (de pildă căsătorii cu alcoolici abuzivi) sau relaţii cu parteneri narcisici, cu nevoie exacerbată de control care se soldează cu conflicte repetate;

Utilizarea/ataşamentul de obiecte ca păpuşi, ursuleţi, jucării pentru obţinerea de confort, consolare;

Confuzia orientării sexuale (de exemplu bisexualitate sau lesbianism succedat de convingerea fermă a unei

orientări heterosexual e);

Comportament periculos care poate fi perceput ca excitant, incitant (cum este consumul de droguri, bulimia, anorexia, promiscuitatea);

Conflicte repetate (îndeosebi cu şefii sau autoritatea, cu colegii, apropiaţii, prietenii, familia);

Istoric de violenţă, ca victimă, agresor, sau chiar ambele;

Schimbări drastice de atitudine (de pildă, idealizarea unui prieten, succedată de insultarea şi denigrarea acestuia; a pretinde că o carte este fascinantă ca apoi să spună că este plictisitoare, anostă); d'Atracţia faţă de organizaţiile extremiste (cum sunt sectele religioase ori unele organizaţii socio-politice)

O mai bună funcţionare în situaţii clare, structurate, cu reguli precise şi implacabile (de pildă slabă performanţă în şcoală, facultate, succedată de activitate prolifică în armată).

Tulburarea de personalitate borderline este întâlnită într-un procent de 2% din populaţia generală, 10% din pacienţii internaţi ambulatoriu, 20% din pacienţii psihiatrici internaţi şi 30 – 60% din populaţia clinică cu tulburări de personalitate (potrivit APA, 2000).

Complicaţii; tentative de suicid şi comportamente autolitice, tulburări somatoforme, consum abuziv de droguri sau alcool, tulburări sexuale, episoade psihotice, episoade depresive.

8.1.1. Automutilarea şi suicidul

Tulburarea de personalitate borderline este singura tulburare mentală descrisă în DSM-IV-TR în care este menţionat, printre criteriile de diagnostic, criteriul automutilare şi comportament suicidar (vezi criteriul 5: comportament, gesturi sau ameninţări recurente de suicid ori comportament automutilant).

Studiile au arătat că în peste 30% din cazurile de suicid reuşit, diagnosticul era tulburare de personalitate. Tulburarea de personalitate este al patrulea factor cu risc

crescut pentru suicid, fiind precedată de schizofrenie, depresie şi alcoolism (toate dintre acestea din urmă putând fi asociate cu tulburarea de personalitate). Mai mult de 70% din pacienţii cu TPB au istoric de tentative de suicid şi automutilare, comparativ cu 17, 5% din pacienţii cu alte tulburări de personalitate (Kreisman, Straus, 2004).

Automutilarea şi suicidul nu sunt doar aspecte foarte comune ale persoanelor cu tulburare de personalitate borderline, ci constituie totodată o problemă majoră şi extrem de serioasă, o ameninţare pentru viaţa acestora. Ne vom focusa mai jos atenţia asupra termenilor de automutilare, ideaţie suicidară (suicidaţie25), suicidacţie[20], suicid, tentativă de suicid, gesturi suicidare.

1. Automutilarea[21] se referă la vătămarea voită, la răul produs intenţionat, fără dorinţa de a-ţi produce moartea şi nu este considerat comportament suicidar.

Foarte rar întâlnită în populaţia generală, automutilarea survine în populaţia generală psihiatrică într-un procent de 7%, iar la pacienţii borderline procentul este de 75% (Kreisman, Straus 2004).

Cercetările arată faptul că un procent de 69 – 80% din persoanele cu TBP şi-au făcut rău în mod intenţionat la un anumit moment din viaţa lor (Clarkin al, 1983; Cowdry, Pickar and Davies, 1985; Grunderson, 1984; Grove and Tellegen, 1991; Stone, 1993 apud Chapman, Gratz, 2007).

Automutilarea îmbracă forme diferite:

— Tăieturi pe diferite zone de piele (utilizarea de lame de ras, cuţite, foarfece ş.a.)

Inserţia de obiecte ascuţite sub piele şi chiar păstrarea acestora sub piele arsuri pe diferite zone ale corpului (prin utilizarea ţigărilor aprinse, a produselor chimice ş.a.)

---

202 S-7 Temeni descrişi de Enăchescu, 2007.

21 Literatura de specialitate străină oferă o varietate de termeni pentru automutilare, printre care: self-injury, self-harm, deliberate self-harm, nonsuicidal self-harm, self-injurious behaviour, self-inflicted violence.

roaderea în exces a unghiilor băutul apei fierte, băi în apă clocotită scuturarea bruscă şi lovirea capului de alte obiecte smulgerea părului (tricotilomanie)

ruperea oaselor zgârierea excesivă, lovirea propriului trup învineţirea corpului redeschiderea propriilor răni şi chiar infestarea voită a acestora inserţia de obiecte în uretră, anus, vagin supradoza (cocaină, heroină, metadonă etc.) alte comportamente cu risc crescut pentru viaţa individului, numite şi echivalenţe suicidare (sau suicidul cronic, cum îl descrie Menninger, apud Enăchescu, 2007): condusul imprudent, sexul neprotejat, parteneri sexuali multipli[22], reutilizarea seringilor sau plasarea lor de la un consumator de droguri la altul, practicarea de sporturi extreme ş.a.).

Persoanele care practică automutilarea au două sau trei zone pe care le preferă atunci când se taie, ard ş.a. Într-un studiu realizat pe femei care practică actele de automutilare (Favazza and Conterio 1989 apud Tantam, Huband, 2009) s-a descoperit că zona cea mai traumatizată este încheietura mâinii (74%), urmată de picioare (44%), abdomen (25%), cap (23%), piept (18%) şi zona genitală (8%).

Iată câteva mărturii:

Lovirea coapselor este metoda mea preferată de automutilare. (Shaunna – Alderman, 1997)

Cel mai adesea mă rănesc cu o brichetă. Presez partea metalică foarte adânc în piciorul meu şi aprind focul. (Sally – Alderman, 1997)

22, HTulburările de personalitate sunt foarte întâlnite la persoanele infectate cu virusul HIV, tulburarea de personalitate borderline fiind cea mai frecventă, lucru care se explică prin impulsivitatea exacerbată, legată de comportamente cu risc crescut - relaţii sexuale promiscue, sex neprotejat, parteneri sexuali multipli. Cauzele infectării cu virusul HIV la alte TP sunt: la TPN, cauza este jignirea şi umilirea de a purta prezervativ; la TPD este vorba de submisivitatea care îl face pe individ să accepte toate dorinţele partenerului; iar la TPA, în cazul consumatorilor, schimbul de ace, plasarea seringilor de la o persoană la alta (Milion, 2007).

Am vrut să-mi rup braţul. Nu ştiu la ce mă gândeam, dar îmi amintesc că am luat un ciocan cu care mi-am lovit puternic braţul stâng. Am sfârşit prin a-mi rupe degetul mic. De atunci mi-am rupt zeci de oase. (Randy – Alderman, 1997)

Actele de automutilare presupun următoarele trăsături definitorii: persoana le practică asupra sa, realizându-le singură, fără ajutorul unei alte persoane; actele sunt violente din punct de vedere fizic; au caracter non-suicidar;

— Sunt intenţionate şi voite.

Pe lângă persoanele cu tulburare de personalitate borderline, automutilarea se poate întâlni şi la psihotici (în cazul lor, automutilarea este rezultatului delirului de factură religioasă ori mistică în cele mai multe din cazuri), la persoanele autiste sau cu retard mental (automutilarea se referă la gesturile compulsive, stereotipe şi repetitive ca balansatul capului, roaderea unghiilor etc.), la persoanele cu tulburare de personalitate antisocială, deţinuţi (aici automutilarea îmbracă cu precădere forma manipulării) şi la persoanele care suferă de tulburări de alimentaţie (bulimie, anorexie).

2. Ideaţia suicidară (suicidaţia) sau gândul la moarte.

Există persoane care se gândesc la moarte, fără a avea însă dorinţa de a-şi curma viaţa. Aceste gânduri nu trebuie interpretate în mod eronat ca ideaţie suicidară, care implică nu doar gândul la moarte şi a muri, ci şi gândul de a te sinucide, a-ţi suprima viaţa.

Suicidaţia este numită şi faza de incubaţie în care individul îşi pune problema morţii şi a necesităţii de a muri sau de a continua să trăiască. Conflictul viaţă/moarte se manifestă în plan comportamental prin agitaţie, eventual documentare pe tema morţii, nemulţumiri, ruminaţii, problema cea mai mare fiind factorul timp, de inoculare, conceptualizare a ideilor suicidare şi traseul acestora până la actul suicidar propriu-zis.

3. Suicidacţia (sinucidacţia) descrie faza în care

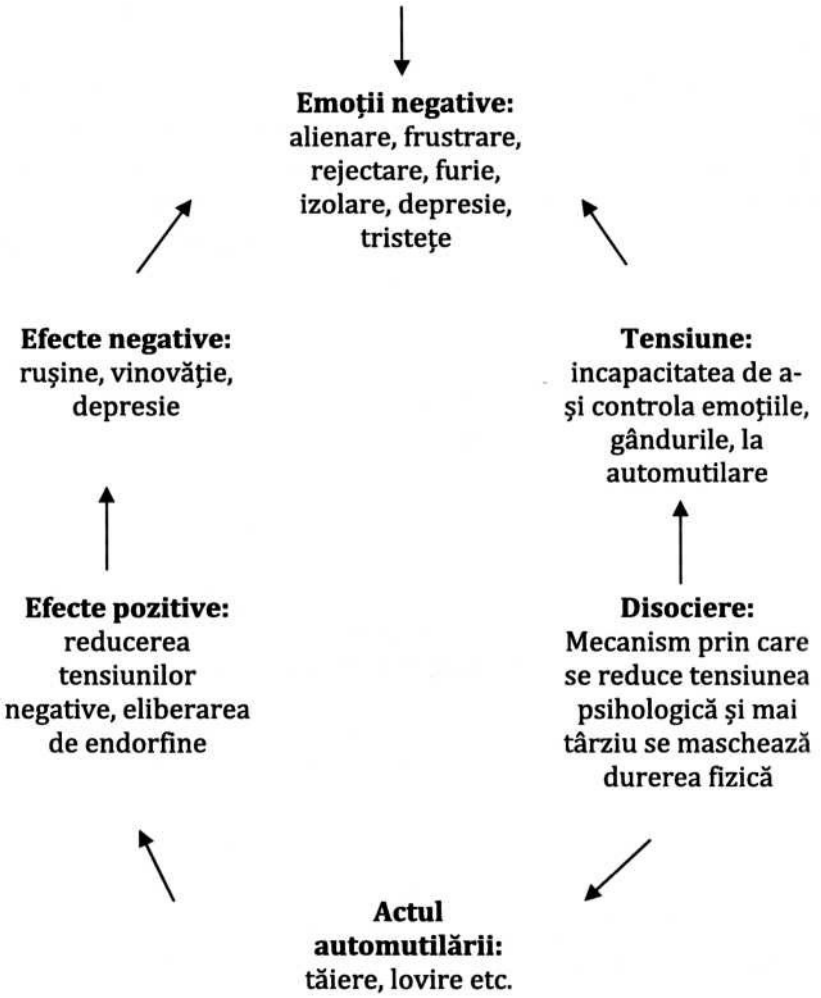
persoana trece de la imaginile mentale şi concepte la etapa pregătirilor concrete, respectiv căutarea formelor şi metodelor de îndeplinire a actului suicidar (procurarea ustensilelor, armelor, stabilirea momentului etc.) – plănuirea suicidului.

Această etapă se desfăşoară uneori extrem de subtil şi este trăită în mod diferit de la un individ la altul (şi în funcţie de tulburarea mentală de care suferă individul în cauză).

Figura 1 – Modelul dependenţei de automutilare (Alderman, 1997)

Nota autorului:

Deşi modelul este ciclic, automutilarea începe în acest punct.


Emoţii negative:
alienare, frustrare, rejectare, furie, izolare, depresie, tristeţe
Tensiune:
incapacitatea de a-şi controla emoţiile, gândurile, la automutilare
Disociere:
Mecanism prin care se reduce tensiunea psihologică şi mai târziu se maschează durerea fizică
Actul automutilării:
tăiere, lovire etc.
Efecte pozitive:
reducerea tensiunilor negative, eliberarea de endorfine
Efecte negative:
ruşine, vinovăţie, depresie

4. Traumatizarea este ultima fază a procesului suicidar, în care individul pune în practică modalităţile autodistructive alese.

Vorbim de tentativa de suicid şi de tentativa de suicid ambivalenţă.

a. Tentativa de suicid este o acţiune prin care persoana în cauză îşi face în mod deliberat rău cu scopul de a-şi suprima viaţa.

Este foarte important de reţinut că a-ţi face rău, a te răni, fără scopul de a-ţi suprima viaţa nu constituie o tentativă de suicid! Pentru ca un act să fie tentativă de

suicid, trebuie să existe intenţia clară de a cauza moartea.

Chiar dacă diferenţa dintre o tentativă de suicid şi actele de automutilare pare destul de clară, pot apărea totuşi numeroase confuzii. De pildă, sunt persoane care se prezintă la camera de gardă (psihiatrie), după ce s-au tăiat cu scopul de a se simţi mai bine (fără intenţia de a-şi curma zilele) şi sunt etichetate cu risc suicidar şi puse sub observaţie; lucru care nu este rău, însă, în realitate, persoana nu încerca decât să se simtă mai bine, să obţină alinare. Pe de altă parte, sunt persoane care practică automutilarea şi care îşi doresc moartea, însă nu sunt luate în serios, lucru care poate avea consecinţe devastatoare, li. Tentativa de suicid ambivalenţă. Am vorbit mai sus despre tentativa de suicid care descrie acţiunea de a-ţi face în mod voit rău pentru a-ţi curma zilele, precedată de dorinţa de muri. Există, însă, persoane care îşi doresc să moară, dar în aceeaşi măsură îşi doresc şi să trăiască. Această stare psihologică a unui individ rare denotă în acelaşi timp tendinţe şi trăiri contradictorii (*doresc să-mi pun capăt zilele versus nu doresc* să-l se numeşte ambivalenţă. Când o persoană se răneşte şi este ambivalenţă ta legătură cu pricinuirea morţii, vorbim de tentativă de suicid ambivalenţă. Este vorba, într-o oarecare măsură, de tentativă de suicid, pentru că parţial vrea să moară, însă nu este o tentativă de suicid clară şi definitivă, deoarece persoana în cauză vrea deopotrivă să trăiască.

5. Suicidul reuşit se referă la actul prin care o persoană îşi cauzează moartea. Diferenţa dintre tentativa de suicid şi suicidul reuşit este destul de clară. În multe cazuri, tentativele de suicid nu se traduc în moartea persoanei.

Enăchescu (2007), abordând generic fenomenul de suicid, descrie următoarele funcţii ale acestuia:

Funcţia suicidară – este vorba de tendinţele autoagresive ale individului (automutilări, operaţii chirurgicale repetate, asceză, posturi prelungite şi nejustificate); *Funcţia heteroagresivă* – maschează un sentiment de răzbunare al individului (m/e *moartea*, *ţie*);

Funcţia de apel – suicidul ca semnal de alarmă;

Funcţia ordalică – suicidul ca probă în faţa semenilor, ca un ultim gest pentru justeţea ideilor sale;

Funcţia catastrofică – reacţie de inadaptare la situaţiile vieţii;

Funcţia de şantaj – utilizarea suicidului ca mijloc de obţinere a unor beneficii, avantaje personale;

Funcţia de fugă – conduită de fugă printr-o situaţie limită, mai precis *fuga de sine*;

Funcţia de joc – suicidul ca formă de joc cu sine însuşi între viaţă şi moarte.

Revenind, adăugăm că, deşi foarte multe din simptomele TPB se ameliorează cu timpul, riscul de suicid persistă pe toată durata vieţii individului, chiar şi după vârsta de 60 de ani. Există un număr de factori cu risc crescut pentru suicid la persoanele cu tulburare de personalitate borderline; dintre aceştia, enumerăm: Tentative anterioare de suicid

Istoric de spitalizare

Istoric de depresie

Consum abuziv de alcool

Consum de droguri

Abuz emoţional/sexual în copilărie

Tratamentul psihiatric sau psihoterapeutic inadecvat, necorespunzător

Comorbiditatea cu trăsături antisociale (în populaţia deţinuţilor, comportamentele de automutilare sunt destul de răspândite)

Comorbiditatea cu alte tulburări psihice Circumstanţele sociale şi alte probleme de viaţă

Kreisman, Straus (2004) adaugă instabilitatea financiară, lipsa unui job stabil (sau schimbarea frecventă de joburi), lipsa unei locuinţe, sentinţă cu privarea de libertate, lipsa speranţei, impulsivitate şi agresivitate.

Potrivit studiilor, un procent de 75% din persoanele cu TPB admit că au avut o tentativă de suicid la un anumit

moment din viaţa lor (Frances, Fyes, Clarkin, 1986).

Rata tentativelor de suicid este mult mai crescută în rândul persoanelor cu tulburare de personalitate borderline decât în rândul populaţiei generale şi totodată mai crescută decât în rândul persoanelor care suferă de alte tulburări mentale (Frances, Fyes, Clarkin, 1986).

Un procent de 5 – 10% dintre persoanele cu TPB se sinucid (Frances, Fyes, Clarkin, 1986). Studiile făcute de Linehan et al., 2000 (apud Chapman, Gratz, 2007) arată că din populaţia care comite suicid, un procent de 7 – 38% este ocupat de persoanele cu TPB.

Fără intenţia de a cauza moartea	Automutilarea. Vătămarea voită, non-suicidară
Gândul la moarte	Suicidaţia (sinucidaţia) sau Ideaţia suicidară

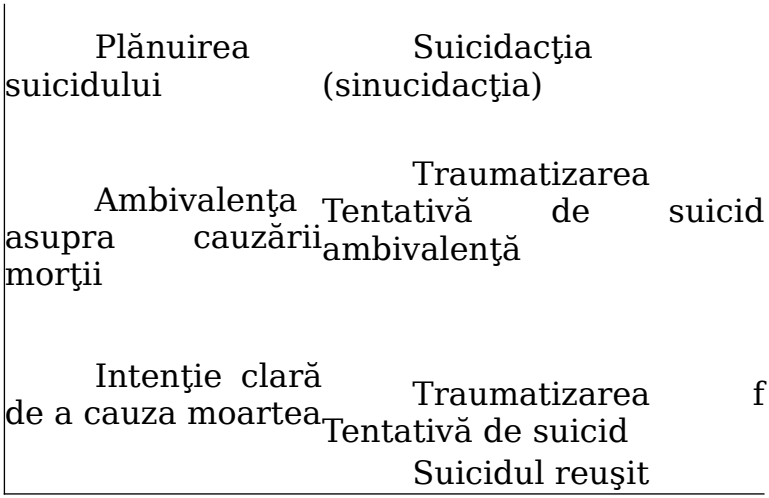


Figura 2 – Tipuri de comportamente de auto-vătămare

8.1.1.1. Cauzele automutilării şi comportamentelor suicidare

De regulă, automutilarea îşi are începuturile în adolescenţă şi se prelungeşte adesea pe tot parcursul vieţii. Cauzele automutilării şi comportamentelor suicidare sunt variate şi complexe. Ceea ce poate începe ca un act impulsiv se poate transforma în timp într-un ritual de alungare a anxietăţii. Aşa cum am prezentat şi mai sus, comportamentul suicidar nu este susţinut întotdeauna de dorinţa de a muri, ci poate fi un mecanism prin care persoana încearcă să comunice cu ceilalţi, un strigăt de ajutor.

Uşurarea sau anihilarea durerii emoţionale, a tensiunii intra-psihice. Cele mai multe cercetări au arătat faptul că cel mai întâlnit motiv al vătămării integrităţii propriei persoane este încercarea de a scăpa sau de a evita durerea emoţională, emoţiile negative. Persoanele ce prezintă TPB se autoflagelează îndeosebi pentru a alunga anxietatea, depresia şi a-şi induce o stare de relaxare. Brown, Comtois & Linehan (2002, apud Chapman, Grantz, Brown, 2006) au realizat un studiu în care femeile cu TPB au fost întrebate despre motivele automutilării şi

comportamentelor suicidare; 96% au răspuns că se angajează în acte de autoflagelare pentru a-şi reduce tensiunile intra-psihice, suferinţa emoţională, Iar un procent de 86% au mărturisit că au avut o tentativă în acelaşi scop.

Nevoia de a deţine controlul asupra propriei vieţi. Persoanele cu TPB încearcă să-şi *demonstreze* prin intermediul comportamentelor de autovătămare că pot avea control asupra propriei vieţi (abilitate care le lipseşte în realitate). De exemplu, atunci când se taie, pot verifica şi măsura cât de adânc se pot aventura în propria piele/carne, înainte să sângereze etc.

Automutilarea poate părea un act disperat, dar este ceva ce pot face. Pentru mine, este un fel de speranţă, o cale de a merge mai departe, nu de a renunţa. (Andrew, 22 ani. Strong, 1998)

Nevoia de control poate merge până la a suprima dorinţele sexuale. Kreisman, Straus (2004) oferă exemplul unui pacient borderline care, mânat de una din credinţele specifice religiei sale, mai exact cea care interzicea masturbarea, şi-a mutilat (tăiat) penisul din dorinţa de a elimina plăcerea sexuală.

Manipularea celorlalţi. Automutilarea poate fi o unealtă în scopul menţinerii unei relaţii care este pe punctul de a se destrăma. Totodată, prin automutilare, pacientul poate menţine o relaţie cu un medic din partea căruia acesta primeşte suport. Un studiu a relevat faptul că un procent de 60% dintre persoanele cu TPB s-au automutilat pentru a comunica celorlalţi suferinţa lor, iar un procent de 45% au avut o tentativă de suicid din aceleaşi considerente (Brown, Comtois and Linehan, apud Chapman, Grantz, Brown, 2006).

Prima dată când m-am tăiat am vrut ca oamenii să mă remarce şi mai ales să vadă cât sunt de suferindă. (Melanie, 17 ani – Strong, 1998)

Umplerea vidului emoţional. Cei mai mulţi pacienţi ori persoane cu TPB nu găsesc satisfacţie în nimic,

descriindu-se ca amorţiţi emoţional sau bântuiţi de un vid lăuntric. Pentru aceştia, automutilarea reprezintă un mecanism de generare de emoţii, îi ajută să simtă ceva (chiar dacă este durere). Într-un studiu din 2002, 54% dintre femeile investigate au raportat istoric de automutilare în scopul generării de emoţii, iar numai un procent de 21% au raportat istoric de tentativă de suicid în acelaşi scop (Brown, Comtois & Linehan, apud Chapman, Grantz, Brown, 2006).

Mă simţeam atât de izolată de lume, moartă, fără nicio emoţie. Sângele era singurul care mă făcea să înţeleg că sunt în viaţă şi că pot simţi. Trebuia să las să curgă, odată cu sângele, aceste sentimente devastatoare. Neputând plânge, a sângera era o altă formă de a lăcrima. (Lindsay – Strong, 1998)

Asocierea automutilării cu excitaţia sexuală. Unele persoane cu TPB folosesc automutilarea ca o modalitate de a-şi produce plăcere sexuală. Tot Kreisman şi Straus (2004) vorbesc despre o pacientă care practica masturbarea cu un foarfece, în scopul atingerii unui orgasm mai intens la vederea sângelui.

Atunci când îmi tai vena, iar sângele curge, trăiesc cea mai plăcută senzaţie. E mai plăcut decât alcoolul sau decât orice alt drog pe care l-am luat vreodată, mai plăcut chiar decât sexul. (Lukas, 43 ani – Strong, 1998)

Auto-pedepsirea. Automutilarea este în multe cazuri o metodă de inducere a unei pedepse pentru un comportament perceput ca inadecvat. Automutilarea ia locul reparării greşelii, problemei sau situaţiei neplăcute. Suicidul, pe de altă parte, este soluţia pentru a scăpa în totalitate de probleme, de viaţa percepută ca insuportabilă, intolerabilă, ostilă. Un studiu condus de Brown, Comtois & Linehan, (apud Chapman, Grantz, Brown, 2006), realizat pe un lot de femei cu TPB care au fost intervievate în legătură cu cauzele automutilării, a relatat că un procent de 63% au răspuns că unul dintre motivele automutilării este mitopedepsirea şi doar un procent de 38% au răspuns că autopedepsirea este un

motiv pentru tentativele de suicid.

Considerându-se o povară pentru ceilalţi, încearcă să-i elibereze de acest supliciu. În acelaşi studiu menţionat mai sus, 31 % au dezvăluit că au încercat să se sinucidă pentru a le uşura celorlalţi viaţa, considerându-se o povară pentru ei; doar 7% au raportat automutilarea în acest scop.

8.2. Criterii de diagnostic

DSM-IV-TR

Tulburarea de Personalitate de tip Borderline

Criterii de Diagnostic

Un pattern pervasiv de instabilitate şi emoţionalitate, care poate fi sesizat încă din adolescenţă ori la debutul vieţii adulte şi prezent într-o varietate de contexte, ca indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) eforturi disperate de a evita abandonul real sau imaginar. Notă: Nu include comportamentul suicidar sau automutilant, care figurează la criteriul 5;

(2) Un pattern de relaţii interpersonal intense şi instabile caracterizat prin alternare între extremele de idealizare şi devalorizare;

(3) perturbare de identitate: imagine de sine sau conştiinţă de sine persistent instabilă;

(4) impulsivitate în cel puţin două domenii care sunt potenţial autoprejudiciante (de ex. cheltuieli, sex, abuz de o substanţă, condus imprudent, mâncat compulsiv.

Notă: Nu include comportamentul suicidar sau automutilant, care figurează ia criteriul 5.

(5) comportament, gesturi sau ameninţări recurente de suicid ori comportament automutilant;

(6) instabilitate afectivă cauzată de o reactivitate marcantă a dispoziţiei (de ex. disforie episodică intensă, iritabilitate sau anxietate, durând de regulă câteva ore şi numai rareori mai mult de câteva zile);

(7) sentimentul cronic de vid; mânie intensă, inadecvată ori dificultate în a controla mânia (de ex.

manifestări frecvente de furie, stare coleroasă permanentă, bătăi repetate);

(9) ideaţie paranoidă sau simptome disociative severe, tranzitorii, în legătură cu stresul.

e DSM-IV-TR American Psychiatric Association (2000)

Dacă în DSM-IV-RR tulburarea de personalitate borderline este prezentată ca o categorie de sine stătătoare, în ICD-10, aceasta este prezentată ca o subcategorie a tulburării de personalitate emoţionalinstabilă (vezi mai jos):

ICD-10

Tulburarea Emoţional Instabilă de Personalitate

Caracteristici

Este o tulburare de personalitate în care există o tendinţă marcată de impulsivităţi în acţiuni, fără a lua în considerare consecinţele, şi de o instabilitate afectivă.

Capacitatea de a face planuri „în avans” poate fi minimă, iar exploziile de furie intensă pot duce deseori la violenţă sau la „explozii comportamentale”; acestea au loc mai ales atunci când actele impulsive sunt criticate sau împiedicate de alte persoane. Sunt specificate două variante ale acestei tulburări de personalitate, amândouă având în comun caracteristica generală de impulsivitate şi lipsă de autocontrol.

de tip impulsiv. Caracteristica predominantă este instabilitatea emoţională şi lipsa controlului impulsului. Exploziile de violenţă sau de comportament agresiv apar ca răspuns la criticile altora.

Include: (tulburarea de) personalitate explozivă şi agresivă *Hxclude*: tulburarea disocială de personalitate.

de tip borderline. Sunt prezente o serie de caracteristici ale instabilităţii emoţionale; în plus, imaginea de sine a pacientului, ţelurile şi preferinţele sale interne (inclusiv cele sexuale) sunt deseori neclare sau tulburate. Există de obicei un sentiment cronic de gol interior. O tendinţă de a se implica în relaţii intense şi instabile poate cauza crize emoţionale repetate şi poate fi

asociată cu eforturi excesive de a preveni abandonarea şi o serie de acte suicidale sau de autovătămare (cu toate că acestea pot apărea fără declanşatori evidenţi).

Include: (tulburarea de) personalitate de frontieră.

e ICD-10 Organizaţia Mondială a Sănătăţii (1992)

8.3. Noi faţete

Milion (2007) propune următoarele variante pentru tulburarea de personalitate borderline:

borderline-ul dezolat (se asociază cu trăsături specifice TP evitante, depresive sau dependente) se caracterizează prin: submisivitate, loialitate, vulnerabilitate, sentimente de insecuritate, deprimare, dezolare.

Persoanele din această categorie sunt loiale, obediente, umile, evită să intre în competiţie, şi, mai mult, au o dorinţă crescută de a fi cu o altă persoană tot timpul, ducând o existenţă de tip parazitar. Îşi simt viaţa ameninţată iar lumea lor este destabilizată.

borderline-ul iritabil (se asociază cu trăsături specifice TP negativiste) se caracterizează prin: negativism, nerăbdare, pesimism, ranchiună; comportament sfidător, provocator, dispreţuitor; uşor de dezamăgit.

Au o nevoie crescută de stimuli variaţi, nu suportă monotonia şi caută întotdeauna dramă în viaţa lor; patternul lor de personalitate este unul de tip telenovelist.

borderline-ul impulsiv (se asociază cu trăsături specifice TP histrionice şi antisociale) se caracterizează prin: capriciozitate, superficialitate; violenţă, pasiune, seducţie, iritabilitate; lipsă de speranţă; potenţial suicidar crescut. Aceştia manifestă furie faţă de persoanele de care depind şi îi urăsc pe cei cărora sunt nevoiţi să le ceară atenţie şi dragoste. Spre deosebire de celelalte subtipuri, aceştia nu s-au simţit niciodată securizaţi într-o relaţie şi rareori au avut nevoile satisfăcute la timp.

borderline-ul autodistructiv (se asociază cu trăsături specifice TP depresive şi masochiste) se caracterizează

prin: conformism, nevoie crescută de aprobare, susceptibil de a deveni nefericit sau furios fără motive întemeiate; predispus la suicid.

Subiecţii din această categorie nu îşi îndreaptă furia asupra celorlalţi, ci împotriva lor înşişi. Pot ameninţa cu suicidul şi îşi pot exacerba în mod voit patologia pentru a obţine atenţia şi compasiunea celorlalţi.

8.4. Cauze

Tulburarea de personalitate borderline este o afecţiune complexă, iar cauzele sunt în egală măsură complexe. Pe lângă factorii genetici, experienţele de viaţă joacă un rol important în dezvoltarea TPB.

Unele cercetări au arătat faptul că într-un procent de 50%, TPB poate fi moştenită (Torgersen, 2005, apud Chapman, Gratz, 2007). Alte studii (Baron, Gruen, & Asnis, 1985; Links, Steiner & Huxley, 1988; Zanarini et al., 1988, apud Chapman, Gratz, 2007) au indicat faptul că un procent de 10 – 20% dintre rudele de gradul I ale pacienţilor cu TPB suferă de TPB.

Trăsăturile de personalitate care pot corela cu TPB sunt impulsivitatea, căutarea noutăţii, experienţelor insolite, vulnerabilitatea crescută la emoţii negative, nevrotism, evitarea situaţiilor dureroase, anxietatea.

Experienţele traumatizante din copilărie, ca neglijarea, abuzul emoţional, fizic, sexual, lipsa suportului, pedepsele repetate, critica constantă, ignorarea copilului atunci când acesta este supărat, lipsa unui ataşament sănătos (studiile au arătat că persoanele cu TPB îşi descriu părinţii ca indiferenţi, abuzivi, sau invazivi, Parker et al., 1999) sunt strâns legate de TPB.

Potrivit studiilor, peste 50% dintre persoanele cu TPB au trăit experienţe de abuz sexual în copilărie (Silk, Wolf, Ben-Ami, 2005). Alte studii au arătat că formele severe de abuz se corelează cu trăsături mult mai disruptive ale TPB, aşadar, cu cât abuzul este mai dur, mai grav, cu atât formele de manifestare ale TPB sunt mai severe (Zanarini et al., 2002). Copiii ajung să creadă că ceilalţi sunt răi şi

interesaţi doar de propria lor gratificare. Experienţele de disociere, suspiciozitatea, teama de abandon şi eforturile de a evita un potenţial abuz, relaţiile haotice, intoleranţa la singurătate, actele de automutilare sau suicidare, toate aceste trăsături comune TPB sunt definitorii şi pentru persoanele care au trecut prin evenimente traumatizante, îndeosebi de abuz sexual. Acest lucru nu înseamnă că abuzul sexual este o condiţie de sine stătătoare, necesară şi suficientă pentru dezvoltarea tulburării de personalitate borderline. Abuzul sexual este corelat cu o serie de probleme ale anumitor persoane cu TPB şi poate constitui o cauză a dezvoltării tulburării, dar nu este nicidecum o condiţie sine qua non a TPB.

8.5. Abordare terapeutică şi suport

Comparativ cu persoanele cu TPA care foarte rar cer ajutor, persoanele cu Tulburare de personalitate borderline intră frecvent în atenţia specialiştilor, chiar mai des decât persoanele care suferă de anxietate şi tulburări ale dispoziţiei.

Deşi răspund pozitiv la anumite medicamente, eforturile pentru un tratament de succes sunt foarte mari, deoarece implică adesea lupta cu drogurile, tentativele de suicid şi complianţa la tratament ale acestor pacienţi. În consecinţă, pot exista specialişti care sunt refractari în a lucra cu aceste persoane.

Stilul lor de ataşament patologic îi împiedică să dezvolte relaţii de încredere cu ceilalţi şi cu terapeutul şi este nevoie de timp pentru a îndepărta această barieră.

Atunci când vă angajaţi să lucraţi cu persoane cu TB trebuie să aveţi în vedere confruntarea cu emoţii puternic negative, cu riscul crescut de abandon al terapiei, cu hărţuirea terapeutului, cu aşteptările nerealiste şi inadecvate pe care aceşti pacienţi le au din partea terapeutului (de exemplu să îi răspundă în timpul nopţii la telefon sau să îi împărtăşească sentimente de iubire).

Se recomandă a se stabili foarte clar încă de la început limitele relaţiei terapeutice (Beck, Freeman, Davis

etal, 2011).

Terapia va fi una de suport, iar obiectivele acesteia vor fi reducerea impulsivităţii, identificarea şi gestionarea propriilor emoţii, reducerea comportamentelor autolitice şi a consumului de substanţe (acolo unde este cazul).

Concentrarea pe factorii stresori care se constituie în triggeri pentru tentativele de suicid şi a ajuta pacientul să facă faţă acestor situaţii sunt obiective imperioase în terapie. O atenţie sporită va fi direcţională mai întâi spre comportamentele autolitice şi apoi către alte comportamente care interferează cu calitatea vieţii pacientului (relaţia terapeutică, relaţiile cu familia, prietenii, relaţiile profesionale).

Retrăirea evenimentelor traumatice în context terapeutic pentru a-i ajuta pe aceşti clienţi să externalizeze emoţiile negative şi să dea un alt sens fricii şi furiei asociate cu aceste situaţii este un alt obiectiv important al psihoterapie!

Psihoterapia poate ajuta la o mai bună integrare socială a acestor persoane, mai puţine tentative de suicid (sau niciuna), reducerea depresiei şi a anxietăţii.

Kreisman şi Straus (2004) afirmă că cele mai multe persoane cu tulburare de personalitate borderline suferă o remisiune a simptomatologiei invalidante, iar un procent de 25% dintre acestea îşi revin complet, în sensul că nu mai satisfac criteriile pentru TPB.

Nu trebuie totuşi să omitem faptul că această tulburare de personalitate este o maladie foarte periculoasă, chiar fatală (un procent de 8 – 10% dintre pacienţi se sinucid).

Într-un studiu realizat de Grecu, Ghe., Grecu Gabor, M., Grecu, I. (2000) pe o populaţie de 153 cazuri de personalitate tip borderline (subiecţi internaţi în clinica de psihiatrie), care a investigat relaţiile dintre caracteristicile personalităţii tip borderline şi comportamentul suicidar, a reieşit că în profilaxia sinuciderii acestor pacienţi factorii cei mai importanţi sunt, pe de o parte, reducerea

impulsivităţii, reducerea temerii de a fi abandonat, reducerea crizelor de mânie, reducerea abuzurilor, iar pe de altă parte creşterea suportului social, ajutorul dat la dispariţia sentimentului de gol interior şi tratarea la timp a episoadelor depresive.

În interacţiunea cu persoanele cu TPB

se recomandă:	este de evitat:
— Să fiţi capabili să toleraţi emoţii negative intense (cum sunt frica şi mai ales disperarea); — Să acordaţi atenţie chestiunilor care îi frământă; — Să le încurajaţi şi să le susţineţi în demersul de a consulta un specialist (medic psihiatru, psihoterapeut).	— Să nu vă lăsaţi destabilizaţi de emoţiile lor tumultuoase; — Să nu vă lăsaţi copleşiţi de stilul lor de ataşament disfuncţional; — Să nu le bagatelizaţi frământările.

Tabelul 8 – Recomandări privind relaţionarea cu persoanele cu TPB

8.6. Şapte mituri despre TPB

Chapman şi Gratz (2007) vorbesc despre 7 mituri comune despre Tulburarea de personalitate borderline (TPB), şi anume:

1. Persoanele cu TPB sunt manipulative şi caută atenţia celorlalţi.

Acesta este cel mai comun mit care circulă despre TPB, atât în media, cât şi în clinicile de psihiatrie, dar şi în anumite studii de specialitate. Mitul face referire îndeosebi la comportamentele suicidare şi de vătămare corporală ale acestor persoane, pe care cei din exterior nu şi le explică decât prin nevoia disperată de a capta atenţia, comportament mai degrabă caracteristic persoanelor cu tulburare de personalitate histrionică decât borderline.

Potrivit autorilor, chiar dacă am admite că persoanele cu tulburare de personalitate borderline se automutilează pentru a obţine atenţia celor din jur, acest lucru nu-i face neapărat manipulativi, dimpotrivă, comportamentul lor poate sugera nevoia disperată de ajutor.

2. Persoanele cu TPB sunt violente şi prezintă un risc crescut de a-i vătăma pe ceilalţi.

În primul rând se impune o diferenţiere faţă de tulburarea de personalitate antisocială, care se caracterizează prin violarea drepturilor altora şi alte comportamente agresive îndreptate către exterior. Comparativ cu persoanele cu TRAS, cele cu tulburare de personalitate borderline, potrivit studiilor recente, prezintă un risc scăzut de a-i agresa pe ceilalţi, fiind mult mai predispuşi la acte auto-agresive. Faţă de TRAS, în cazul TPB furia şi agresivitatea sunt îndreptate către interior.

3. TPB este o sentinţă pe viaţă.

Până în urmă cu câţiva ani, TPB era privită ca incurabilă. Potrivit aceloraşi autori, se pare că în prezent prognoza este mai bună decât pentru tulburarea bipolară.

4. TPB nu este tratabilă.

Bateman & Fonagy (1999), Linehan (1993), apud Chapman, Gratz (2007) afirmă că se pot face progrese spectaculoase în tratamentul acestor pacienţi, indiferent de forma de terapie pe care o urmează. Autorii precizează că aceste tratamente reduc semnificativ probabilitatea de tentative de suicid, automutilare, depresia şi anxietatea.

5. TPB este cauzată de părinţi răi.

Este foarte răspândită informaţia potrivit căreia experienţele traumatizante din copilărie şi mai ales abuzul sexual influenţează apariţia acestei tulburări. Însă trebuie făcută diferenţierea între ceea ce înseamnă *factor de risc* şi ceea ce înseamnă *cauză necesară*, pentru a dezvolta această tulburare. Este adevărat că abuzul (fizic, emoţional) suferit în copilărie creşte riscul pentru tulburarea de personalitate borderline, însă nu toate

persoanele diagnosticate cu TPB au suferit experienţe de abuz în copilărie. TPB este cauzată de un melanj de trăsături de personalitate şi incapacitatea de se compatibiliza cu expectanţele celorlalţi şi de a face faţă unor situaţii stresante de viaţă.

6. Persoanele cu TPB sunt nebune şi iraţionale.

Adesea, comportamentele lor pot părea iraţionale şi bizare, mai ales din cauza tentativelor repetate de suicid, consumului de droguri sau actelor de automutilare, acte pe care le comit pentru a se simţi mai bine, a obţine uşurare sau a se elibera de durerea emoţională. Persoanele cu TPB experimentează sentimente negative intense şi gânduri însoţite de frica de a nu fi rejectaţi sau abandonaţi de către ceilalţi. Acest lucru se întâmplă pentru că foarte mulţi dintre ei au experimentat de-a lungul timpului abandon ori rejecţie.

7. TPB se întâlneşte numai în rândul femeilor.

Mitul este fals (TPB se întâlneşte la ambele sexe, deşi rata este mai mare la femei) şi este generat de faptul că în societate este ştiut că femeile îşi exprimă emoţiile şi sentimentele cu uşurinţă în vederea descărcării tensiunilor intra-psihice, iar bărbaţii prin manifestarea agresivităţii.

Capitolul IX

Tulburarea de personalitate HISTRIONICĂ (TPH)

Maria (F) 28 de ani

Maria se declară o iubitoare de oameni şi poate fi văzută adesea îmbrăţişând pe toată lumea cu care se întâlneşte (colegi, persoane pe care le-a găsit accidental în calea ei, uneori chiar necunoscuţi). Foloseşte în mod exagerat expresii ca *Bunul meu prieten* sau *prietenul meu intim*, făcând referire la persoane pe care le-a întâlnit circumstanţial, o dată sau cel mult de câteva ori în viaţă, întotdeauna consideră orice relaţie mult mai intimă decât este în realitate şi excelează în manipularea relaţiilor sociale în favoarea sa. Pozează în victimă în mod repetat şi, mizând pe vulnerabilităţile *prietenilor*, le cere favoruri diverse (în toate sferele: în plan intim, în planul relaţiilor

de prietenie, în plan socio-profesional) pe care aceştia de cele mai multe ori nu le pot refuza.

Uneori împrumută sume de bani pe care nu le mai returnează şi invocă diferite afecţiuni somatice în vederea obţinerii unor foloase materiale sau a grijii celorlalţi.

Are o nevoie exacerbată de a fi în centrul atenţiei, iar în situaţia în care altcineva se bucură de interesul celorlalţi, face adevărate crize, un întreg spectacol menit să direcţioneze privirile celorlalţi către ea.

Deseori încearcă captarea atenţiei şi cucerirea celorlalţi (indiferent de sex sau statut) prin furnizarea unor detalii intime pe care le împărtăşeşte cu degajare şi lejeritate chiar şi necunoscuţilor. Având un comportament lasciv, erotizează aproape orice relaţie.

Dispoziţia ei este fluctuantă, iar relaţiile sociale sunt instabile, din cauza încărcăturii emoţionale extreme, în unele situaţii merge până la ameninţări cu suicidul, însă doar în scop demonstrativ.

9, l-Descrieregeherală

Tulburarea de personalitate histrionică a fost cunoscută de-a lungul timpului ca tulburare de personalitate isterică – derivat al conceptului de isterie[23] (concept care are o istorie de mai bine de 4.000 de ani, Vieth, 1963, apud Beck, Freeman, Davis etaj., 2011).

Istoria psihanalizei se leagă de studiul isteriei[24], însă Freud nu şi-a centrat studiile asupra trăsăturilor

23/ tf Conceptul de isterie a apărut odată cu ideea egiptenilor conform căreia „dacă uterul este nefixat, el călătoreşte în întregul trup până îşi găseşte un nou loc unde se aşează şi produce simptomele isteriei. Tratamentul consta în ademenirea uterului şi aducerea lui în poziţia normală prin fumigaţii şi ungerea vaginului cu substanţe parfumate preţioase sau prin izgonirea uterului din locul vel nou prin inhalaţii sau prin aplicarea unor substanţe rău mirositoare pe locul afectat" (Beck, Freeman, Davis etal, 2011, pg. 212).

24' “Acesta avea convingerea, la începutul cercetărilor sale, că descărcarea emoţiilor sexuale reprimate ale acestor pacienţi ar duce la vindecare. Mai lArziu, însă, Freud şi-a modificat metoda, care avea să includă utilizarea asociaţiilor libere şi interpretarea rezistenţei şi a transferului.

personalităţilor isterice, ci asupra isteriei de conversie[25].

Persoanele cu tulburare de personalitate histrionică sunt înclinate să-şi arate într-un mod necontrolat şi exacerbat emoţiile. Sunt, de asemenea, vanitoase şi egocentrice şi suferă enorm dacă nu sunt în centrul atenţiei.

Foarte mulţi histrionici au probleme legate de dependenţă, mai ales dependenţa de alte persoane, de aprecierile şi încurajările acestora.

Sunt extrem de seductivi în comportament şi înfăţişare şi cheltuiesc sume fabuloase de bani pentru haine şi diverse accesorii, aparenţa fizică prezentând pentru ei mare importanţă.

Comportamentele acestora sunt direcţionale spre atragerea atenţiei celor din jur prin atitudini dramatice şi teatralism. Când acest lucru nu se întâmplă, fac adevărate scene. Şi intoleranţa la critica celorlalţi le poate genera anumite reacţii coleroase.

Atitudinile cu conotaţii sexuale nepotrivite, cu scop provocator şi seductiv, şi erotizarea raporturilor sociale (chiar şi în context profesional) sunt, de asemenea, specifice persoanelor cu TPH.

Consideră orice relaţie interpersonal, indiferent de contextul ei, mai intimă decât este în realitate, mai ales în scopul vânării unor avantaje de diferite tipuri (îndeosebi de la oameni aflaţi în poziţii sociale importante). Sunt extrem de abile social, manipulative, orientate spre satisfacerea propriilor interese.

Stilul cognitiv al acestor persoane este unul impresionistic, caracterizat prin tendinţa de a vedea lucrurile în alb sau negru. Discursul este unul dramatic, dar vag, lipsit de detalii, caracterizat de exagerări, utilizarea multor adjective şi fabulaţii.

Au o labilitate emoţională excesivă, se entuziasmează facil, dar efemer, iar opiniile lor sunt uşor influenţabile de alte persoane.

Pot exista ameninţări cu suicidul, însă, de regulă, acestea sunt făcute în scopul atragerii atenţiei celorlalţi.

Vorbim în cazul acestor persoane şi de o serie de modificări sexuale, cum sunt tulburările dorinţei sexuale (dorinţa sexuală diminuată sau chiar aversiunea sexuală), în ciuda faptului că aceste persoane îşi prezintă propria sexualitate în termeni pozitivi.

Au existat dintotdeauna discuţii legate de faptul că tulburarea de personalitate se întâlneşte mai degrabă la femei decât la bărbaţi. Potrivit lui Sprock (2000), se pare că atât în rândul psihoterapeuţilor, cât şi al medicilor, există această prejudecată care nu are corespondent în realitate. Astfel că TPH este întâlnită în egală măsură la ambele sexe, deşi este posibil ca femeile să intre mai des în atenţia specialiştilor.

Potrivit APA (2000), tulburarea de personalitate histrionică se întâlneşte într-un procent de 2 – 3% din populaţia generală şi 10 – 15% din pacienţii trataţi ambulatoriu şi internaţi în unităţile de sănătate mintală.

Complicaţii: tulburări de somatizare, tulburări de conversie, tulburări disociative, tentative de suicid, tulburări sexuale, dependenţă de alcool, droguri.

9.2. Criterii de diagnostic

DSM-IV-TR

Tulburarea de Personalitate Histrionică

Criterii de Diagnostic

A Un pattern pervasiv de emoţionalitate excesivă şi de căutare a atenţiei, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) este incomodat în situaţiile în care nu se află în centrul atenţiei;

(2) interacţiunea cu alţii este caracterizată adesea printr-un comportament seducător sau provocator sexual inadecvat;

(3) prezintă o schimbare rapidă şi o expresie superficială a emoţiilor;

(4) uzează în mod constant de aspectul fizic pentru a atrage atenţia asupra sa;

(5) are un stil de a vorbi extrem de impresionistic şi lipsit de detalii;

(6) manifestă autodramatizare, teatralism şi o expresie exagerată a emoţiilor;

(7) este sugestionabil, adică uşor de influenţat de alţii sau de circumstanţe;

(8) consideră relaţiile a fi mai intime decât sunt în realitate.

e DSM-IV-TR American Psychiatric Association (2000)

ICD-10

Tulburarea de Personalitate Histrionică

Caracteristici

(a) Auto-dramatizare, expresia teatrală, exagerată a emoţiilor;

(b) Sugestibilitate, pacientul este uşor de influenţat de către alţii sau de circumstanţe;

(c) Afectivitate labilă şi superficială;

(d) Căutarea continuă a senzaţiilor puternice, a admiraţiei celorlalţi şi a activităţilor în care pacientul este centrul atenţiei;

(e) Seducţie inadecvată în comportament sau înfăţişare;

(f) Atenţie exagerată acordată a atracţiei fizice.

Trăsăturile asociate pot include egocentrism, autoindulgenţă, dorinţa continuă de a fi apreciat, existenţa sentimentelor uşor de rănit şi comportament persistent manipulativ pentru satisfacerea nevoilor proprii.

Include: (tulburarea de-l personalitate isterică şi psihoinfantilă.

e ICD-10 Organizaţia Mondială a Sănătăţii (1992)

9.3. Noi faţete

Milion (2007) propune următoarele faţete ale tulburării de personalitate histrionică:

histrionicul împăciuitor (are trăsături specifice îi

dependente şi obsesiv-compulsive) este caracterizat prin: încercarea de a împăca, de a soluţiona conflictele, divergenţele.

Moto-ul lor este: „Ceilalţi trebuie să mă placă! Trebuie să mă împrietenesc cu ei!” Şi, pentru a atinge acest obiectiv, histrionicul împăciuitor îi complimentează, îi laudă, îl flatează şi îi determină pe cei cu care interacţionează să creadă că ar face orice pentru ei.

Stilul de viaţă conciliant şi zâmbetul prietenos ascund sentimente de gol interior specifice histrionicului, sentimente de vină specifice obsesiv-compulsivului şi sentimente de inferioritate specifice dependentului.

histrionicul vivace (are trăsături specifice TP narcisice) este caracterizat prin: atractivitate, şarm, patos, însufleţire, bună dispoziţie, optimism, spontaneitate, mişcări rapide şi animate; se îndrăgosteşte facil.

Acest tip este caracterizat prin seductivitatea specifică histrionicului şi energia crescută întâlnită în hipomanie. Cu o nevoie exacerbată de stimulare şi diversitate, se simt atraşi de o persoană şi în scurt timp de o alta.

Sunt adevăraţi maeştri ai persuasiunii şi ai interacţiunii cu ceilalţi, pe care îi angrenează cu lejeritate în propriile proiecte. Au o mulţime de iniţiative pe care nu le duc la capăt, dezamăgindu-i pe cei din jur, faţă de care nu-şi respectă promisiunile şi angajamentele. Foarte puţini sunt cei care îşi finalizează sarcinile.

histrionicul inoportun (are trăsături specifice TP negativiste) este caracterizat prin: impulsivitate, emoţii precipitate, lipsa controlului; supărăcios, uşor de inflamat.

Cu timpul, aceştia devin din ce în ce mai puţin histrionici şi tot mai nemulţumiţi de ceilalţi. Pot căpăta preocupări accentuate vizavi de starea de sănătate şi îşi vor prezenta în mod dramatic suferinţele generate de bolile lor (mai degrabă imaginate), în scopul recâştigării atenţiei celor din jur.

histrionicul viclean (are trăsături specifice TP

antisociale) este caracterizat prin: egocentrism, perfidie; planuri secrete; calculat

Prima impresie pe care o lasă este aceea de persoane şarmante, sociabile, sincere, însă după ce stabilesc contactele dorite îşi arată adevărata faţă. Mai exact, încalcă promisiunile făcute, îi escrochează pe ceilalţi şi le violează drepturile.

histrionicul teatral (este varianta a tulburării de personalitate histrionică) este caracterizat prin: afectare; demonstrativitate, vorbire scenică.

Este dramatic, romantic şi cu o nevoie sporită de atenţie. Femeile din această categorie acordă o importanţă crescută înfăţişării, vestimentaţiei şi accesoriilor, iar bărbaţii sunt axaţi pe construirea unui trup perfect ca imagine a super-potenţei. Indivizii din aceeaşi categorie îşi prezintă ostentativ bunurile materiale sau achiziţiile de ordin intelectual sau social, succesele din orice arie a existenţei lor (adesea consumă cele mai scumpe produse sau servicii, în vederea impresionării celorlalţi).

histrionicul infantil (are trăsături specifice TP borderline) este caracterizat prin: labilitate, emoţii volatile, *isterie infantilă*, adeziv în relaţii.

Dominaţi de dorinţa de a fi în centrul atenţiei, histrionicii infantili caută în permanenţă senzaţii noi şi adesea regresează în fantasmă. Stările lor emoţionale sunt fluctuante (se pot purta într-un mod copilăresc într-un moment, iar în celălalt moment pot deveni ursuzi) şi adesea caută reasigurări de la ceilalţi pentru a găsi un echilibru.

9.4 Cauze

Evenimentele din viaţa individului şi în special mediul în care persoana a crescut constituie cauze ale dezvoltării TPH.

Un mediu familial sau social caracterizat prin lipsa de norme, de repere sanogene, de critici constructive sau o educaţie precară ori inadecvată sunt tot atâtea cauze ale TP.

Inconsecvenţa părinţilor în a-şi arăta simpatia ori dezaprobarea faţă de diferite comportamente pe care copilul le manifestă îl va deruta pe acesta. Astfel, copilul nu va mai şti ce tip de comportament este dezirabil pentru a atrage admiraţia şi afecţiunea părinţilor.

În aceeaşi măsură, dacă copilul se simte respins sau este carenţat afectiv, el va apela la tot soiul de şiretlicuri şi demonstraţii pentru a câştiga interesul părintelui.

9.5. Abordare terapeutică şi suport

De regulă, persoanele cu tulburare histrionică, ca şi alţi pacienţi cu tulburări de personalitate, nu recunosc că ar avea o problemă şi mai ales că au nevoie de ajutor de specialitate, fapt care face dificilă stabilirea şi urmarea unui plan de intervenţie terapeutică.

Cu toate acestea, cunoscând faptul că viaţa emoţională a acestor persoane este foarte efervescentă, ne aşteptăm ca ele să ne contacteze mai ales când se confruntă cu o situaţie de separare de o persoană dragă, de regulă un partener de cuplu (despărţire, divorţ). O altă situaţie ar fi cea legată de pierderea prin deces a unei persoane apropiate, pierdere care îi provoacă o suferinţă majoră, care poate declanşa chiar un episod depresiv.

Scopul terapiei este acela de a ajuta clientul să descopere motivaţiile individuale şi temerile asociate cu gândurile şi comportamentele sale, dar şi de a-l ajuta să se raporteze la cei din jur, la lume, într-un mod pozitiv, mai puţin egocentric.

De regulă, terapia se concentrează în mare parte pe problematica relaţiilor interpersonale. Ştim deja că persoanele cu TPH îi manipulează pe cei din jur nu doar utilizându-şi şarmul personal, puterea de seducţie şi prin avansuri sexuale explicite, dar şi prin adevărate crize emoţionale sau lamentări perpetue. Aceste persoane au nevoie să fie învăţate cum avantajele obţinute prin asemenea tertipuri sunt beneficii pe termen scurt, care se vor transforma în adevărate costuri pe termen lung. Persoanele cu TPH au nevoie să descopere şi alte

modalităţi de a-şi negocia nevoile şi relaţiile.

Cu toate că automutilarea şi tentativele de suicid pot fi întâlnite la aceşti pacienţi mai ales în scopul atragerii atenţiei celorlalţi (apropiaţi, terapeut, medic), aceste comportamente nu trebuie totuşi bagatelizate, ci este important să tratăm cu seriozitate gândurile şi modul de acţiune ale persoanei cu tulburare de personalitate histrionică.

Medicaţia este recomandată doar atunci când persoana a suferit anumite decompensări (depresie, anxietate).

În interacţiunea cu persoanele cu TPH	
se recomandă:	este de evitat:
— Să le lăsaţi să-şi manifeste emoţionalitatea, însă este necesar să stabiliţi anumite limite;	— Să vă lăsaţi manipulaţi sau impresionaţi de crizele lor, care sunt adesea artificiale;
— Să le încurajaţi manifestările	— Să îi ridiculizaţi.
mai puţin non-histrionice sau normale prin lăudarea lor;	
— Să vă aşteptaţi la exagerări şi dramatizări;	
— Să fiţi pregătiţi să treceţi de la statutul de erou la cel de infam (Lelord, André, 2003, apud Dumitraşcu.	
2012).	

Tabelul 9 – Recomandări privind relaţionarea cu persoanele cu TPH

9.6. Histrionicii şi viaţa lor sexuală

Apt & Huribert (1994), apud Milion (2007) au studiat comportamentul sexual al unui lot de femei histrionice pe care l-au comparat cu cel al unui lot de femei non-histrionice, sesizând următoarele caracteristici la primul lot:

Atitudini erotofobice vizavi de sex

Nemulţumire maritală

Stimă de sine scăzută

Dorinţă sexuală redusă

Monotonie sexuală

Incidenţă crescută de tulburări de orgasm

Dorinţă crescută de a intra în relaţii extramaritale în ciuda acestor rezultate, femeile histrionice au raportat o încredere de sine crescută pe linia sexualităţii.

Potrivit aceloraşi autori, bărbaţii histrionici au raportat aceeaşi stimă crescută faţă de propria sexualitate (un narcisism sexual) şi în realitate s-a constatat prezenţa unor disfiincţii şi dificultăţi marcante în plan sexual.

Capitolul X

Tulburarea de personalitate NARCISICĂ (TPN)

Flavia (F) 34 de ani

Atunci când este rugată să se prezinte, Flavia îşi spune numele, vârsta, şi accentuează că este partenera unei persoane importante din showbiz şi că provine dintr-o familie foarte înstărită.

Cu un istoric de toxicomanie, are la activ numeroase internări în clinici de psihiatrie şi centre de dezintoxicare.

E adusă la spital de către părinţi şi soţ care, la rândul său, este consumator de substanţe interzise.

Are atitudini sfidătoare faţă de personalul medical, se consideră superioară şi mult mai bine informată, dând lecţii tuturor despre patologia ei şi despre viaţă în general.

Se consideră superioară tuturor şi vrea ca totul să se petreacă cum doreşte şi când doreşte ea („vreau *acum*!”]. Tatăl are aceeaşi structură şi ameninţă cu tribunalul în cazul în care fiica lui nu va primi cele mai bune tratamente şi îngrijiri medicale.

Aceasta descrie relaţia cu părinţii şi perioada copilăriei şi adolescenţei numai în cuvinte de laudă („*mea a fost cea* mai frumoasă, am nişte părinţi minunaţi, Ia 18 ani aveam cea mai scumpă maşină”; „anturajul meu era compus numai din copii de bani gata”).

Cu o stimă de sine crescută, se descrie ca având tot ce-şi doreşte, nelipsindu-i nimic vreodată nici material, nici emoţional. Are un copil în vârstă de 7 ani, pe care a hotărât să-l nască pentru a scăpa de monotonie („*mă plictiseam şi am zis să fac un copil*”].

Nu are empatie sau remuşcări vizavi de faptul că i-ar putea răni pe ceilalţi prin abuzul de substanţe şi arată o distanţare emoţională semnificativă faţă de copil („*m-am întâlnit cu copilul prin casă, însă asta nu m-a făcut să mă opresc de la a-mi lua doza*”).

10.1. Descriere generală

Cu toţii cunoaştem persoane cu o stimă de sine extrem de crescută, cu un ego gonflat, persoane care au o părere magnifică despre ele însele, despre ceea ce ştiu sau pot face. Aceste persoane se consideră unice, speciale, diferite de ceilalţi şi întotdeauna superioare acestora, fiind convinse că merită un tratament aparte din partea celorlalţi, care trebuie să se supună dorinţelor lor.

Montreuil, Doron (2009) descriu personalitatea narcisică prin următoarele trăsături: o imagine de sine idealizată, sentimentul că individul este unic, supravalorizare de sine, lipsa empatiei şi o nevoie disperată de recunoaştere.

Anumite studii au demonstrat faptul că narcisismul este mai degrabă corelat cu instabilitatea stimei de sine decât cu o încredere în sine ridicată (Rhodewalt, Madrian & Cheney, 1998, apud Dindelegan, 2012).

Nevoia de a fi admirat, patternul de grandoare şi lipsa empatiei sunt caracteristici definitorii ale persoanelor care suferă de tulburarea de personalitate narcisică.

Nevoia crescută de a primi tratamente favorabile, de a fi privilegiate sunt alte trăsături caracteristice ale personalităţii narcisice. Acestea insistă ca în anumite situaţii să beneficieze de serviciile celor mai buni avocaţi, doctori, stilişti, instructori, asistenţi personali. Doresc să aibă cea mai bună masă într-un restaurant, cel mai bun loc de parcare, cele mai bune servicii într-un hotel etc.

Ele acordă multă importanţă propriei persoane, supraestimându-şi capacităţile şi realizările şi, în acelaşi timp, devalorizând acţiunile şi contribuţiile celorlalţi.

Narcisicii nu se simt bine decât în contextul în care se simt admiraţi sau invidiaţi de ceilalţi.

Întotdeauna tind să-i exploateze pe ceilalţi sau să-i folosească pentru a le servi propriilor interese. Nu manifestă bucurie faţă de realizările altor persoane, dimpotrivă, acestea sunt motive de invidie, chiar revoltă.

Comportamentul arogant, superior şi snob îi însoţeşte în cele mai nebănuite contexte.

Nu au disponibilitate, răbdare ori interes să asculte problemele personale ale interlocutorilor şi nu manifestă empatie pentru problemele sau sentimentele celorlalţi. Adesea fac remarci nepotrivite, fiind indiferenţi faţă de anumite situaţii speciale în care se află celălalt.

Sunt preocupaţi de fantezii referitoare la succese măreţe, putere, poziţie socială şi frumuseţe admirată de toată lumea.

Se află veşnic în căutarea acelor iubiri ideale, care să le hrănească egoul şi să le împlinească dorinţele totalmente lipsite de empatie.

Sunt foarte sensibili la pierdere şi, în egală măsură, la critică. Este de reţinut menţiunea autorilor francezi faţă de subordonarea acestor pacienţi în raport cu aprecierile şi observaţiile celorlalţi: „Dependenţa de judecata celorlalţi trădează slăbiciunea narcisică ce ameninţă în

profunzime şi care poate să suscite scurte prăbuşiri” (Montreuil, Doron, 2009, pg. 185).

Având totdeauna aşteptări foarte crescute, riscă să cadă în capcanele propriilor cerinţe elitiste şi nerealiste, astfel încât ajung să fie deseori nemulţumiţi sau chiar depresivi.

Potrivit APA (2000) tulburarea de personalitate narcisică se întâlneşte într-un procent de 1% din populaţia generală şi 2 – 16% din pacienţii trataţi ambulatoriu şi internaţi în unităţile de sănătate mintală.

Complicaţii: tulburare distimică, tulburări de somatizare, tulburări sexuale, dependenţă de alcool, droguri, tulburare depresivă, episoade psihotice tranzitorii.

10.2. Criterii de diagnostic

DSM-IV-TR

Tulburarea de Personalitate Narcisică

Criterii de Diagnostic

Un pattern pervasiv de grandoare (în fantezie şi comportament), necesitatea de admiraţie şi lipsa de empatie, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) are un sentiment grandios de autoimportanţă (de ex. Îşi exagerează realizările şi talentele, aşteaptă să fie recunoscut ca superior, fără realizări corespunzătoare);

(2) este preocupat de fantezii de succes nelimitat, de putere, strălucire, frumuseţe sau amor ideal;

(3) crede că este „aparte” şi unic şi poate fi înţeles numai de ori trebuie să se asocieze numai cu alţi oameni (sau instituţii) speciali ori cu status înalt;

(4) necesită admiraţie excesivă;

(5) are un sentiment de îndreptăţire, adică pretenţii exagerate de tratament favorabil special ori de supunere automată la dorinţele sale;

(6) este exploatator interpersonal, adică profită de

alţii spre a-şi atinge propriile scopuri;

(7) este lipsit de empatie: este incapabil să recunoască sau să se identifice cu sentimentele şi necesităţile altora;

(8) este adesea invidios pe alţii sau crede că alţii sunt invidioşi pe el;

(9) prezintă comportamente sau atitudini arogante, sfidătoare.

e DSM-IV-TR American Psychiatric Association (20001

În manualul ICD-10 nu este descrisă tulburarea de personalitate narcisică.

10.3. Noi faţete

Milion (2007) propune următoarele variante pentru tulburarea de personalitate narcisică, şi anume:

narcisistul imoral (are trăsături specifice TP antisociale) este caracterizat prin: lipsa de principii, de scrupule, oportunism, răzbunare, conştiinţă deficitară a propriilor acţiuni.

Aceştia obţin gratificarea prin exploatarea, umilirea şi supunerea altor persoane la tratamente abominabile.

narcisistul elitist (este varianta *pură* a personalităţii narcisice) este caracterizat prin: siguranţă de sine, aroganţă, trufie, sentimentul puterii; se laudă în exces cu bunurile acumulate (de ordin material sau profesional); caută privilegii şi favoruri; îşi cultivă un statut special prin asocierea cu persoane importante.

Ca şi narcisistul complexat, şi acesta afişează o imagine de sine crescută, însă din cu totul alt motiv. Narcisistul elitist simte nu atât nevoia de a compensa anumite sentimente de inferioritate, ca cel complexat, ci teama de a fi comun, simplu; acesta îşi doreşte să fie special şi unic.

narcisistul seductiv (are trăsături specifice TP histrionice) este caracterizat prin: seducţie, tachinare, hedonism, atenţie deosebită acordată vestimentaţiei şi înfăţişării, excese în planul sexualităţii; cuceriri repetate

care au ca rol demonstrarea puterii de seducţie.

Mulţi dintre aceştia par să-şi dorească afecţiunea şi căldura unei relaţii autentice, însă, de îndată ce obţin acest lucru, devin plictisiţi şi reîncep căutările.

narcisistul complexat (are trăsături specifice TP negativiste şi evitante) este caracterizat prin: sensibilitate extremă la reacţiile celorlalţi, iluzia superiorităţii.

Spre deosebire de evitanţi, aceştia îşi ascund vulnerabilităţile sub masca superiorităţii.

10.4. Cauze

Cu toţii ne începem viaţa prin a fi centraţi pe sine; acest lucru face parte din ciclul dezvoltării umane. Însă, încă din primii ani de viaţă, copilul învaţă, ca parte din procesul de socializare, ce este altruismul şi empatia.

Ca şi alţi specialişti care au studiat problematica tulburărilor de personalitate, considerăm că TPN se dezvoltă ca urmarea a unei învăţări defectuoase de către copil (în contactul său cu adultul – părinte/tutore) a ceea ce înseamnă empatia. Consecinţa acestei învăţări deficitare este o fixare a copilului în stadiul centrării pe sine a ciclului dezvoltării.

Indulgenţa sau permisivitatea exagerată, admiraţia excesivă şi supraevaluarea din partea părinţilor, fără a fi echilibrate de o atitudine realistă, ponderată, contribuie la dezvoltarea acestei tulburări de personalitate.

Copilul poate descoperi de mic faptul că părinţii îi oferă mai multă atenţie şi dragoste atunci când are anumite realizări, şi învaţă astfel că ceilalţi nu îl iubesc pentru ceea ce este, ci pentru ceea ce face, pentru succesele dobândite (Widinger & Bomstein, 2001, apud Dindelegan, 2012).

Aşteptările foarte mari din partea părinţilor, cerinţele exacerbate sau hiperprotecţia pot fi alte cauze ale TPN.

Comportamentele instabile şi incongruente ale părinţilor pot servi ca model copiilor, astfel încât aceştia pot prelua un comportament de tip manipulativ.

Alte cauze pot fi: neglijarea, abuzul emoţional sau

fizic al copilului (ca şi în cazul altor tulburări de personalitate).

10.5. Abordare terapeutică şi suport

Terapia în cazul acestor persoane trebuie centrată pe conştientizarea sentimentelor de grandoare, pe hipersensibilitatea la evaluare şi pe lipsa de empatie a acestor persoane.

Terapia va avea ca scop eliberarea acestor pacienţi din lumea fantasmelor neîntrerupte şi ghidarea acestora în găsirea unor bucurii reale, plăceri mărunte în viaţa de zi cu zi.

Un alt obiectiv va fi legat de conştientizarea emoţiilor care îl determină să fie în mod constant în competiţie, să nu aibă încredere în alţii şi chiar să se dispreţuiască pe sine şi pe ceilalţi.

A-i ajuta să se concentreze pe sentimentele altora, deci să exerseze empatia, este un alt scop al terapiei, alături de acela de a-i sprijini să accepte şi să facă faţă criticilor aduse de alte persoane.

A-l ajuta pe individ să îşi contureze o imagine de sine cât mai realistă, să poată interacţiona mai bine cu ceilalţi, să devină disponibil pentru intimitate în relaţii (fie ele de prietenie ori amoroase) este un demers care poate dura câţiva ani, ţinând cont de faptul că trăsăturile de personalitate sunt destul de dificil de schimbat.

Scopurile pe termen scurt ale psihoterapie! pentru pacienţii cu tulburarea de personalitate narcisică se adresează mai curând unor condiţii comorbide, cum ar fi abuzul de droguri sau alcool, depresia, anxietatea.

Este recomandată terapia individuală, însă şi terapia de grup poate aduce beneficii, în sensul unei mai bune relaţionări cu alte persoane. În acest fel, pacientul poate învăţa cum să-i asculte pe ceilalţi, să le recunoască sentimentele şi să ofere sprijin.

Tratamentul poate fi şi unul medicamentos, doar în situaţia în care persoana prezintă simptome de depresie, anxietate sau alte afecţiuni.

10.6. Narcisismul şi dorinţa de schimbare a imaginii corporale prin intervenţii chirurgicale în societatea noastră, în care frumuseţea ocupă un loc central, cu toţii cunoaştem persoane extrem de preocupate de aspectul lor fizic.

Din pricina largului acces la tehnici chirurgicale de top şi mai ales ca rezultat al promovării excesive de către media a imaginii trupului ideal (fie că este vorba de femei sau bărbaţi), corpul perfect devine un obiectiv urmărit adesea obsesiv.

Fiind foarte preocupate de aspectul lor fizic, multe persoane diagnosticabile cu tulburare de personalitate narcisică intră adesea în atenţia chirurgilor plasticieni. Un studiu efectuat în 1999 pe un număr de 133 de pacienţi care au solicitat intervenţii chirurgicale la nivelul feţei a arătat că 25% dintre acestea aveau tendinţe narcisiste extreme (Tornambe, 2011).

Un pacient cu TPN apelează la intervenţiile chirurgicale pentru a arăta tot mai bine sau pentru a-şi masca un defect care nu există în realitate, aspirând la o frumuseţe desăvârşită (fie nu le place forma nasului, a buzelor sau aspectul gambelor, genunchilor, mărimea sânilor).

Acesta poate fi un lucru bun pentru chirurgii plasticieni, care vor avea mult mai multe operaţii de realizat, însă este totodată un motiv de alarmă, în sensul că medicii ar trebui să evalueze cu atenţie fiecare pacient înainte de a-l opera, în vederea excluderii acestei tulburări de personalitate. Riscul în cazul operării unui pacient cu TPN este acela că, în ciuda succesului operaţiei, acesta poate arăta nemulţumire şi solicita noi şi noi intervenţii.

În interacţiunea cu persoanele cu TPN

se recomandă:	este de evitat:
— Când arată că sunt sincere, aprobaţi-le şi încurajaţi-le onestitatea; — Fiţi atenţi la tentativele lor de exploatare a celorlalţi; — Să-i ajutaţi să înţeleagă reacţiile celor din jur; — Să vă aşteptaţi să nu manifeste recunoştinţă faţă de griji sau favoruri pe care li le faceţi.	— Să le criticaţi, iar atunci când totuşi o faceţi, încercaţi să fiţi cât mai subtili; — Să vă lăudaţi sau să deveniţi ostentativi cu realizările şi achiziţiile voastre.

Tabelul 10 – Recomandări privind relaţionarea cu persoanele cu TPA

Capitolul XI

Tulburarea de personalitate EVITANTĂ (TPE)

Ionuţ (B) 26 de ani

Ionuţ studiază informatica şi petrece foarte mult timp în casă, adesea în faţa calculatorului.

Când iese afară, are un mers grăbit şi nesigur, privirea ţintită în pământ, fiindu-i teamă să nu întâlnească persoane cunoscute. Şapca trasă pe ochi are rolul de a-l proteja de privirea celorlalţi. Nu are o prietenă, deşi cunoaşte o fată pe care o place dar îi este teamă să o abordeze, gândind despre sine că nu este suficient de bun pentru ea şi că aceasta l-ar respinge cu siguranţă, devenind astfel subiectul insultelor colegilor.

Se consideră neatrăgător şi crede că va rămâne singur.

11.1. Descriere generală

Aşa cum sugerează şi numele, persoanele cu tulburarea de personalitate evitantă sunt extrem de sensibile la opiniile celorlalţi, ceea ce le face să evite majoritatea relaţiilor; sunt persoane inhibate social.

Este important de diferenţiat retragerea socială a schizoidului de cea a evitantului. Primul nu doreşte să iniţieze contacte sociale, nu are niciun interes în a lega relaţii de prietenie sau relaţii intime şi manifestă indiferenţă nu doar faţă de activităţile în grupul de prieteni cât şi vizavi de experienţele sexuale, în timp ce evitantul nu iniţiază astfel de legături, din cauza temerilor accentuate, a fricii şi anxietăţii de care este dominat.

Stima de sine extrem de scăzută a evitantului, sentimentele de inferioritate, însoţite de teama de respingere îl fac să se implice foarte puţin în relaţii de prietenie, adesea preferând compania acelor persoane care le securizează, le conferă încredere.

Hipersensibilitate la evaluări negative din partea celorlalţi este o altă notă definitorie a persoanelor cu TPE, care participă rar la conversaţii din teama de a nu spune ceva nepotrivit

Teama de critică, de a fi ridiculizaţi, teama de rejecţie ori dezaprobare îi stăpâneşte şi îi face să accepte o relaţie numai când au siguranţa de a fi plăcuţi şi aprobaţi fără criticism.

În societate sunt retraşi, tăcuţi, timizi. Aceste persoane preferă un stil de viaţă simplu, rutinier, fără expuneri la situaţii şi relaţii noi, din nevoia de siguranţă. Ele evită orice implicare socială sau profesională care presupune relaţii interpersonale semnificative.

Manifestă, de asemenea, reticenţă faţă de promovările profesionale şi nu se implică în activităţi de grup. De regulă îşi aleg o profesie care să nu implice muncă în echipă sau contact uman frecvent.

În cazuri mai rare sunt prezente comportamentele compensatorii, respectiv apare sfidarea unor situaţii riscante cum sunt sporturile extreme sau înfruntarea unor

situaţii redutabile. Cu toate acestea, persoana cu TPE preferă prezenţa unei persoane sau a unui obiect contrafobic (persoană sau obiect care are menirea de a-l securiza emoţional, de a-l elibera de frici şi temeri).

Potrivit APA (2000) tulburarea de personalitate evitantă se întâlneşte într-un procent de O, 5 – 1 % din populaţia generală şi 10% din pacienţii trataţi ambulatoriu şi internaţi în unităţile de sănătate mintală.

Complicaţii: tulburări anxioase, fobie socială, tulburări ale dispoziţiei.

11.2. Criterii de diagnostic

DSM-IV-TR

Tulburarea de Personalitate Evitantă

Criterii de Diagnostic

Un pattern pervasiv de inhibiţie socială, sentimente de insuficienţă şi hipersensibilitate la evaluare negativă, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de patru (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) evită activităţile profesionale care implică un contact interpersonal semnificativ, din cauza fricii de critică, dezaprobare sau rejecţie;

(2) nu doreşte să se asocieze cu alţi oameni decât dacă este sigur că este apreciat;

(3) manifestă reţinere în relaţiile intime din cauza fricii de a se face de râs ori de a fi ridiculizat;

(4) este preocupat de teama de a fi criticat sau rejectat în situaţii sociale;

(5) este inhibat în situaţii interpersonale noi din cauza sentimentelor de inadecvare;

(6) se vede pe sine ca inapt social, neatractiv personal ori inferior altora;

(7) refuză să-şi asume riscuri personale sau să se angajeze în orice activităţi noi din cauza faptului că acestea l-ar putea pune în dificultate.

e DSM-IV-TR American Psychiatric Association (2000)

llD-10

Tulburarea de Personalitate Anxios-Evitantă

Caracteristici

(a) Sentimente persistente şi generale de tensiune şi îngrijorare;

(b) Convingerea că este incapabil social, neatractiv sau inferior celorlalţi;

(c) Preocuparea excesivă privind criticile sau respingerea pe plan social;

(d) Dorinţa de a evita relaţiile cu oamenii, dacă nu este sigur că este agreat;

(e) Existenţa unor restricţii în viaţă, din cauza nevoii de securitate fizică;

(f) Evitarea activităţilor sociale sau profesionale care presupun contacte interpersonal semnificative din cauza fricii de a fi criticat, respins.

Trăsăturile asociate pot include hipersensibilitate la reiecţie şi critică.

e ICD-10 Organizaţia Mondială a Sănătăţii (1992)

11.3. Noi faţete

Milion (2007) propune următoarele tipuri de personalitate evitantă:

evitantul fobie (are trăsături specifice TP dependente). Evitanţii fobiei adesea găsesc un substitut în care îşi proiectează sau deplasează frica şi furia. Astfel, frica şi furia nu mai sunt asociate cu persoanele reale care le generează şi întreţin, ci sunt deplasate către anumite obiecte sau animale (nu partenerul îmi cauzează frică, ci câinele vecinului). Aşa cum precizează şi Milion (2007), asemenea fobii evidenţiază teama persoanei de abandon, rejecţie şi umilire. Pentru mulţi dintre aceştia, teama experimentată în prezenţa obiectului fobie poate reprezenta şi o nevoie ascunsă sau inconştientă de a câştiga compasiunea celorlalţi. Ei înşişi se pot detaşa de situaţiile producătoare de distres şi anxietate (cum ar fi abandonul unui loc de muncă stresant), solicitând în acelaşi timp înţelegere din partea celor din jur.

evitantul frământat (are trăsături specifice TP negativiste) se caracterizează prin: ezitare, confuzie, griji accentuate în legătură cu ceea ce ar trebui să facă, cum ar trebui să se comporte sau ce se va întâmpla în viitor; agitare, zbucium lăuntric.

Adesea experimentează stări de furie şi nefericire şi nu doreşte compania nimănui.

evitantul hipersensibil (are trăsături specifice TP paranoide) se caracterizează prin: precauţie exacerbată şi suspiciozitate; timorat, sfios.

Aceştia se aşteaptă ca ceilalţi să nu le arate respect, şi, mai mult, să-i rejecteze. Prin urmare, strategia prin care persoanele cu TPE se protejează de reacţiile celorlalţi este aceea de a păstra distanţa şi de a nu se implica emoţional sub nicio formă.

evitantul auto-dezertor (are trăsături specifice TP depresive) se caracterizează prin abandon şi autosustragere de la suferinţa propriei vieţi, ruminaţii intense şi tendinţe suicidare. Evitantul auto-dezertor se refugiază într-o lume fantasmagorică, imaginară, în vederea evitării disconfortului produs de interacţiunile cu ceilalţi, interacţiuni pe care în mod vădit le evită.

11.4 Cauze în susţinerea ideii conform căreia natura relaţiei părintecopil poate influenţa dezvoltarea anumitor tulburări de personalitate, vă facem cunoscut un studiu realizat de Stravinsky, Elie & Franche, 1989 (apud Barlow, Durand, 2009), în urma căruia s-a constatat că persoanele cu TPE şi-au descris părinţii ca manifestând comportamente de respingere, învinovăţire, blamare şi suport emoţional redus în raport cu ei.

Alţi cercetători, cum sunt Meyer & Carver (apud Barlow, Durand, 2009), au descoperit că aceşti indivizi raportează experienţe de izolare, respingere şi conflicte cu ceilalţi în copilărie.

Putem concluziona că respingerea din partea părinţilor poate genera o stimă de sine scăzută la copil, un pattern de ataşament anxios, culminând cu alienarea

socială a acestuia, elemente care îl vor însoţi până la maturitate.

Pe de altă parte, şi hiperprotecţia părinţilor este o altă componentă care poate sta la baza TPE. Un copil care nu este încurajat să se exprime (verbal sau prin alte mijloace] sau care nu este lăsat să îndeplinească nicio acţiune sau angajament fără atenta supraveghere sau chiar implicare a părintelui va dobândi acea anxietate de contact şi se va considera pe sine un inapt social (aşa cum în mod tacit sau chiar explicit l-a învăţat părintele despre el; toate acestea, desigur, cu scopul de a-l proteja).

Un alt aspect de luat în considerare este cel legat de posibilele tare sau defecte fizice instalate încă din copilărie, care pot accentua distresul la contactul social, mai ales în cazuri de reacţii ostile din partea celorlalţi.

11.5. Abordare terapeutică şi suport

Din cauza comportamentelor specifice de evitare a contactelor umane, aceste persoane rareori ajung în atenţia specialiştilor din iniţiativă proprie. Este nevoie de suportul familiei sau al apropiaţilor pentru ca demersul terapeutic să poată avea loc.

În ceea ce priveşte succesul terapeutic cu aceşti pacienţi, trebuie să cunoaşteţi faptul că alianţa terapeutică este un predictor important al acestuia.

Alianţa este destul de dificil de încheiat mai ales din pricina temerii lor de a fi respinşi şi a neîncrederii în grija pe care ceilalţi o manifestă faţă de ei. Gândurile negative pe care aceştia le au vizează nu doar relaţia cu ceilalţi, dar şi relaţia cu terapeutul, din partea căruia se aşteaptă la criticism şi dezaprobare (Beck, Freeman, Davis etaj., 2011).

Un obiectiv important este încurajarea asertivităţii pacientului, estomparea gândurilor negative şi creşterea toleranţei la emoţii negative.

Problemele pe care le experimentează persoanele cu TPE sunt similare celor care suferă de sociofobie (fobia socială), abordarea fiind destul de similară, centrându-se

pe externalizarea şi resemnificarea situaţiilor psiho-traumatizante, cu impact major în sfera emoţională a individului.

Recâştigarea încrederii în sine este un alt obiectiv important al demersului terapeutic.

În interacţiunea cu persoanele cu TPE	
se recomandă:	este de evitat:
— Să le inspiraţi încredere; — Să le arătaţi că pot primi sprijinul vostru la nevoie; — Să li se propună obiective cu dificultate progresivă (Lelord, André, 2003, apud Dumitraşcu, 2012); — Să le permiteţi să-şi exprime opiniile şi să-i încurajaţi că pot avea păreri diferite faţă de voi.	— Să le ridiculizaţi; — Să le bagatelizaţi implicarea sau acţiunile; — Să fiţi excesiv de suportivi astfel încât aceste persoane să depindă în totalitate de voi.

Tabelul 11 – Recomandări privind relaţionarea cu persoanele cu TPE

11.6. TPE şi iubirea declarată păpuşilor

Unii oameni găsesc foarte dificilă iniţierea unei relaţii intime, fiindu-le aproape imposibil să găsească un partener de viaţă. Cu câţiva ani în urmă, însă, o mică fabrică din California a creat o alternativă pentru un partener real, alternativă care avea să satisfacă toate gusturile.

În prezent sunt peste 3.000 de păpuşi „reale” în toată lumea, făcute să ofere *companie* şi *dragoste* celor care nu le pot obţine de la femei adevărate, în *„carne şi oase”* (BBC, 2002).

Astfel, plătind sume fabuloase de bani, cei care nu se pot angaja în relaţii autentice cu fiinţe vii pot achiziţiona

un partener cu înfăţişare şi dimensiuni umane, dar din silicon.

În felul acesta, nu mai sunt nevoiţi să depună eforturi semnificative pentru a socializa în vederea găsirii unei iubite, riscând să fie criticaţi, umiliţi sau respinşi. Se vor angaja, aşadar, într-o relaţie sigură, fără riscuri de abandon ori eşec, cumpărându-şi un însoţitor de viaţă, sau, dacă vreţi un obiect contrafobic (care are menirea să le aline temerile existenţiale). Odată cu păpuşa (care nu este una gonflabilă destinată doar activităţilor sexuale, ci o clonă din silicon a fiinţei umane), îşi cumpără şi siguranţa de a nu fi niciodată „părăsiţi" (prin separare, deces) şi de „a primi toată atenţia din partea celuilalt", aşa cum declară cei care au ales alternativă din silicon a fiinţei umane (BBC, 2002).

Din punct de vedere strict sexual, atracţia sexuală faţă de păpuşi poartă denumirea de pediofâlie (Dumitrache, Mitrofan, 2010).

Capitolul XII

Tulburarea de personalitate DEPENDENTĂ (TPD)

Marian (B) 37 de ani

Marian are 37 de ani şi locuieşte împreună cu soţia, cu care s-a căsătorit după decesul mamei.

Nu a lucrat niciodată, nu pentru că nu şi-a dorit acest lucru, ci pentru că nu a fost lăsat nici de mamă, nici de soţie, amândouă fiind hiperprotective.

Deşi a simţit totdeauna lipsa unui loc de muncă, a unui mediu care să-i permită totodată dezvoltarea unor relaţii interumane, şi-a ascultat mama, care i-a comunicat în repetate rânduri faptul că menirea lui este aceea de a avea grijă de casă şi de ea. În fapt, absenţa soţului, încă de când copilul său avea câţiva ani, a făcut-o pe aceasta să-l investească pe Marian cu dublu rol, de soţ şi fiu şi de a face tot posibilul ca acesta să nu plece de lângă ea. Posesivitatea ei extremă a fost cea care a făcut-o să insiste

că munca nu este potrivită pentru el şi, mai mult, să-i inoculeze ideea că munca îi poate periclita viaţa (Marian suferă de diabet). Dependenţa ulterioară de soţie îl face să-i dedice acesteia tot timpul. Urmează cu obedienţă fiecare cerinţă a soţiei şi nu iese din cuvântul ei. Marian nu are niciodată iniţiative şi nu ia vreo hotărâre fără să o consulte pe aceasta. Rareori iese din casă singur, căci, potrivit soţiei, i se poate face rău oricând şi nu ar avea niciun ajutor.

Soţia nu îl pierde din priviri nici în interiorul casei, ghidându-l fiecare acţiune.

Având o teamă sufocantă de abandon însoţită de ipohondrie, Marian îşi urmează consoarta fără critică.

12.1. Descriere generală

Conceptul de dependenţă ne este tuturor familiar. Cu toţii suntem dependenţi de anumite lucruri care ne ajută să supravieţuim: hrană, protecţie, securitate la nivel emoţional, psihologic etc. Şi sigur că depindem de cele mai multe ori de ceilalţi pentru a le obţine, mai ales în procesul dezvoltării şi maturizării personale. Mai concret, ne ajutăm de ceilalţi în vederea dobândirii propriei independenţe (Bomstein, 1992, apud Barlow, Durand, 2009).

Persoanele cu tulburare de personalitate dependentă, însă, se sprijină pe ceilalţi în tot ceea ce fac şi, mai mult, aşteaptă ca cei de care simt că depind să ia decizii în numele lor, hotărârile vizând atât probleme vitale cât şi chestiuni cotidiene.

Aceştia îl urmează în totalitate pe cel de care sunt dependenţi, care îşi va asuma responsabilitatea pentru toate domeniile vieţii lui.

Manifestă tendinţa de a-l lăsa în mod pasiv pe un altul să hotărască pentru ei chiar şi atunci când cei doi au opinii diferite.

Dependenţa se manifestă de obicei faţă de unul dintre părinţi sau faţă de soţ şi este generată de o importantă lipsă de încredere în sine.

Dorinţa crescută de a se afla în relaţii care să-i ofere

suport şi hrană emoţională îl poate conduce la a dezvolta anumite caracteristici de tipul submisivităţii, obedienţei lipsite de critică, timidităţii şi pasivităţii.

Solicită exces de asigurări şi avizări din partea celorlalţi şi nu îşi exprimă preferinţele, pentru a nu-şi pierde suportul.

Se asemănă cu persoanele cu tulburare de personalitate evitantă prin sentimentele de inadecvare, sensibilitate la critică şi nevoia de reasigurare. Diferenţa dintre cele două categorii de tulburări de personalitate este că indivizii cu TPE fug de relaţii, pe când ceilalţi cu TPD nu se pot imagina fără celălalt, devenind fuzionaţi.

Teama de abandon şi supunerea pasivă nu doar că sunt definitorii pentru persoanele cu TPD, dar îi pot conduce la a accepta anumite lucruri agreate de celălalt chiar şi în situaţia în care lor nu le sunt favorabile aceste lucruri. În consecinţă, pot fi expuse deseori abuzurilor verbale, fizice sau sexuale.

În situaţii de pierdere a persoanei de suport (a persoanei contrafobice[26]) prin separare, divorţ sau chiar deces, persoana dependentă caută rapid pe altcineva care să o înlocuiască şi care să-i ofere suportul necesar vieţuirii.

Se ataşează rapid, în mare grabă, de o altă persoană, datorită convingerii că nu ar putea funcţiona în afara unei relaţii. De multe ori, alegerile unui partener sunt nediscriminative, devenind cu uşurinţă victimă. („Ne disperarea lor adesea îi împiedică să aleagă cu grijă persoana care va fi protectoare la adresa lor şi îi va sprijini. Adesea, aceştia îşi aleg partenerii la întâmplare şi devin repede ataşaţi de persoanele care nu prezintă încredere, sunt lipsite de empatie şi chiar exploatative sau abuzive”. Stone, 1993, apud Dindelegan, 2012, pg. 39).

Studiile au arătat că trăsăturile de personalitate dependentă se asociază cu o vulnerabilitate pentru dezvoltarea episoadelor de depresie semnificative clinic – în special ca răspuns la respingere sau pierderea unei

26 Persoană care o securizează emoţional

persoane de suport (Blatt & Zuloff, 1992, apud Dindelegan, 2012).

Potrivit APA (2000), tulburarea de personalitate dependentă este printre cele mai frecvent raportate tulburări de personalitate întâlnite în clinicile de sănătate mintală.

Complicaţii: depresie, tulburări anxioase.

12.2. Criterii de diagnostic

DSM-IV-TR

Tulburarea de Personalitate Dependentă

Criterii de Diagnostic

O necesitate excesivă şi pervasivă de a fi tutelat, care duce la un comportament submisiv şi adeziv şi la frica de separare, şi care începe precoce în perioada adultă şi este prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) are dificultăţi în a lua decizii comune fără a primi în repetate rânduri sfaturi şi asigurări din partea celorlalţi;

(2) necesită ca alţii să-şi asume responsabilitatea pentru cele mai importante domenii ale vieţii lui;

(3) are dificultăţi în a-şi exprima dezacordul faţă de alţii din cauza fricii de a pierde suportul sau aprobarea. Notă: nu implică frica reală de retribuţie;

(4) are dificultăţi în a iniţia proiecte ori a face ceva singur (din cauza lipsei de încredere în judecata sau capacităţile sale, mai curând decât din cauza lipsei de motivaţie sau de energie);

(5) merge foarte departe spre a obţine solicitudine şi suport de la alţii, până la punctul de a se oferi voluntar să facă lucruri care sunt neplăcute;

(6) se simte incomodat sau lipsit de ajutor când rămâne singur din cauza fricii exagerate de a nu fi în stare să aibă grijă de sine;

(7) caută urgent altă relaţie drept sursă de solicitudine şi suport când o relaţie strânsă se termină;

(8) este exagerat de preocupat de frica de a fi lăsat

să aibă grijă de sine.

e DSM-IV-TR American Psychiatric Association (2000)

ICD-10

Tulburarea Dependentă de Personalitate

Caracteristici

(a) încurajarea sau autorizarea acordată altora de a lua decizii foarte importante pentru viaţa pacientului;

(b) Subordonarea nevoilor personale faţă de nevoile celor de care pacientul este dependent şi supunerea exagerată la dorinţele acestora;

(c) Subiectul nu doreşte să formuleze nici cele mai mici cercii oamenilor de care depinde;

(d) Se simte prost dispus sau neajutorat când este singur, din cauza fricii exagerate de a fi incapabil să-şi poarte singur de grijă;

(e) Preocuparea însoţită de teama de a fi abandonat de către persoana cu care are o relaţie strânsă şi de a fi lăsat să-şi poarte singur de grijă;

(f) Capacitate limitată de a lua decizii în viaţa de zi cu zi, fără a primi sfaturi exagerate şi asigurări repetate din partea celorlalţi.

Trăsăturile asociate pot include auto-perceperea pacientului ca neajutorat, incompetent şi lipsit de putere.

Include: (tulburarea de) personalitate astenică, inadecvată, pasivă şi defetistă.

e ICD-10 Organizaţia Mondială a Sănătăţii (1992)

12.3. Noi faţete

Milion (2007) propune următoarele subtipuri ale tulburării de personalitate dependentă:

dependentul neliniştit (se asociază cu trăsături specillci TP evitante) se caracterizează prin: vulnerabilitate la abandon; frământat, tulburat, îngrijorat.

Mulţi dintre aceştia duc o existenţă parazitară.

dependentul lipsit de identitate (se asociază cu trăsfituri specifice TP depresive) se caracterizează prin: relalll fuzionale, renunţarea la propria identitate.

Aceste persoane devin una cu celălalt sau o extensie a personalităţii celuilalt. Ajung chiar să adopte idei şi comportamente antagonice valorilor şi nevoilor lor reale.

dependentul imatur (este variantă se caracterizează prin: incapacitatea de a-şi asuma responsabilităţi; pare să nu fi ajuns la maturitate, rudimentar, neevoluat. Aceste persoane nu sunt doar dependente din cauza imaturităţii şi a nivelului scăzut de autonomie, dar se şi complac în această situaţie, obţinând astfel diverse beneficii.

dependentul grijuliu (se asociază cu trăsături specifice TP masochiste) se caracterizează prin: submisivitate, supunere; binevoitor, compliant, agreabil, amabil, serviabil, binevoitor, îngăduitor, condescendent.

Se lasă dominat şi se plasează pe poziţii de inferioritate. Din cauza temerii de abandon care îl stăpâneşte, suportă umilinţe şi suferinţe provocate de ceilalţi.

dependentul ineficient (se asociază cu trăsături specifice TP schizoide) se caracterizează prin: lipsă de productivitate, ineficienţă, incompetenţă; caută liniştea şi calmul; refuză să se confrunte cu probleme sau dificultăţi.

Au o raportare fatalistă la realitate (de tipul: *„asta-i soarta”*).

12.4. Cauze

Decesul timpuriu al unui părinte, neglijarea sau lipsa de atenţie a tutorilor pot genera teama de abandon.

Stilul de ataşament format în contextul relaţiilor de ataşament timpurii are un impact semnificativ asupra personalităţii adultului.

Ataşamentul securizant ne dezvoltă abilitatea de a ne simţi în siguranţă, de a explora lumea, de a fi echilibraţi din punct de vedere emoţional, de a avea aşteptări sănătoase de la relaţiile cu ceilalţi. Un ataşament insecurizant, pe de altă parte, va conduce la sentimente de abandon, de respingere socială, izolare, labilitate emoţională, o stimă de sine scăzută, motiv pentru care nevoia de acceptare şi valorizare din partea celor din jur şi

dependenţa de ceilalţi este foarte mare.

Astfel, un pattern de ataşament insecurizant va sta la baza dezvoltării unei anxietăţi legate de posibilitatea pierderii suportului celor apropiaţi sau chiar a pierderii celor dragi.

Pe lângă anxietatea de separare, abuzurile fizice, emoţionale şi sexuale pot predispune, de asemenea, individul la TPE.

12.5. Abordare terapeutică şi suport

Scopul terapiei, în general, este acela de a-l face pe pacient să devină autonom şi responsabil, lucru pe care submisivitatea şi dependenţa de celălalt, specifice pacientului cu TPD, îl îngreunează.

Acesta trebuie încurajat să ia decizii singur, începând cu abordarea unor situaţii zilnice, de rutină, şi până la decizii mai importante.

Dezvoltarea încrederii în sine, iniţierea contactelor sociale şi asumarea responsabilităţilor sunt foarte importante în dobândirea independenţei de către aceşti pacienţi.

Trebuie să ţinem cont de faptul că aceşti pacienţi îşi subevaluează de cele mai multe ori competenţele şi se bazează pe ceilalţi chiar şi atunci când ei înşişi au abilităţile necesare de a desfăşura o anumită sarcină.

Un alt aspect de luat în considerare atunci când lucrăm cu aceste persoane este acela că, odată cu obţinerea unui anumit grad de autonomie, pacientul poate dezvolta teama că persoana de suport (soţul, mama) nu va reacţiona bine la aceste schimbări şi îl va abandona. Sigur că familia poate fi suportivă şi poate participa activ la schimbările pacientului. Însă, dacă acest lucru nu se întâmplă, se poate indica terapie de cuplu sau de familie.

Medicaţia se recomandă în caz de depresie sau tulburări anxioase.

În interacţiunea cu persoanele cu TPD

se recomandă:	este de evitat:
— Să îi încurajaţi să se descurce singuri, să devină autonomi; — Să le lăudaţi orice iniţiativă, oricât de mică; — Să le subliniaţi calităţile; — Să le cereţi punctul de vedere atunci vă cer sfaturi; — Să le cereţi voi înşivă sfatul atunci când sunteţi în dificultate; — Ajutaţi-le să-şi diversifice activităţile; — Faceţi-le să înţeleagă că aveţi nevoie de spaţiul vostru şi că acest lucru nu înseamnă că nu-i iubiţi sau că-i abandonaţi.	— Să luaţi decizii în locul lor, chiar dacă vă cer acest lucru; — Să acţionaţi în locul lor; — Să le săriţi în ajutor ori de câte ori sunt într-un impas; — Să le criticaţi iniţiativele, chiar dacă nu sunt bune; — Să le lăsaţi să fuzioneze cu voi; — Să le abandonaţi cu desăvârşire pentru a le „învăţa să se descurce singure” (Lelord, André, 2003, apud Dumitraşcu, 2012).

Tabelul 12 – Recomandări privind relaţionarea cu persoanele cu TPD

Persoanele cu tulburare de personalitate dependentă care, din teama ori neputinţa de a vieţui singure şi de a-şi asuma responsabilitatea pentru deciziile lor, sunt, practic, predispuse la a se angaja în relaţii de tipul victimă-agresor cu indivizi care le pot pune viaţa în pericol (agresori sexuali, criminali, sceleraţi).

În unele situaţii, această dependenţă de agresor poate lua forme extreme, de tipul hibristofiliei sau fenomenului *prison groupies* sau serial killer groupies – SKG.

Hibristofilia, încadrată la categoria comportamentelor sexuale atipice, se referă la excitaţia

sexuală provocată de persoane care au comis acte abominabile sau la atracţia faţă de aceste persoane (Dumitrache, Mitrofan, 2010).

Denumirea de *Prison groupies* face referire la acele femei care se îndrăgostesc de criminali închişi, oricare aşteaptă verdictul pentru actele comise sau la orice persoană, indiferent de sex, care arată obsesii faţă de criminali până la ataşamentul emoţional extrem, ajungând chiar să comită acte abominabile pentru aceştia (Dumitrache, 2011).

În timp ce hibristofilia se referă la atracţia sexuală faţă de sceleraţi, fenomenul *groupies* se referă mai mult la o fascinaţie grotescă faţă de personalitatea respectivului criminal sau îşi poate avea rădăcinile în credinţa că persoana criminală este nevinovată ori inocentă (Dumitrache, Mitrofan, 2010).

Capitolul XIII

Tulburarea de personalitate OBSESIV-COMPULSIVĂ (TPOC)

O. (B) 35 de ani

Ovidiu lucrează într-o mică companie. Colegii îl cunosc ca fiind extrem de conştiincios şi devotat locului de muncă, fiind unul din cei mai vechi angajaţi. În ciuda competenţelor avansate şi spre surprinderea colegilor, nu a încercat niciodată să se angajeze pe un post mai bun sau să ceară o compensaţie salarială. Este cel mai strict angajat, respectând cu loialitate toate regulile şi nu-şi părăseşte niciodată biroul decât la finalul programului. Devine furios când cineva pleacă mai devreme şi el este primul care comunică acest lucru şefilor.

În situaţia în care au loc anumite schimbări de plan sau de program la serviciu, manifestă agitaţie şi iritare. La

el totul este extrem de bine planificat şi nu se poate abate de la programul rigid deseori autoimpus.

Dacă cineva îi solicită ajutorul, adesea refuză, spunându-le că nu consideră etic să sprijine pe cineva care este plătit să îndeplinească sarcinile respective. Alteori le răspunde că nu se pricepe (în realitate competenţele lui sunt cu mult avansate), deşi motivul real este cel menţionat mai sus.

Este foarte atent cu vestimentaţia lui şi cea mai mică scamă sau deviere a liniei drepte de la pantaloni îi pot compromite ziua. Nu se poate concentra asupra sarcinilor dacă obiectele de pe birou nu sunt aşezate într-o anumită ordine, numai de el ştiută. Când cineva îi împrumută obiectele se asigură că la înapoiere acestea nu fost zgâriate sau uzate şi că sunt „puse la locul lor”, însă nu înainte de a fi supuse unui ritual întreg de curăţare.

Persoanele cu tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă sunt caracterizate printr-o nevoie exacerbată ca lucrurile să fie făcute corect.

Chiar dacă în unele situaţii pot fi invidiaţi pentru perfecţionismul de care dau dovadă, de cele mai multe ori acesta le consumă resurse importante şi chiar îi împiedică să îşi finalizeze anumite proiecte din pricina concentrării pe detalii insignifiante.

Uneori, tărăgănarea unei decizii poate conduce la imposibilitatea angajării într-o anumită sarcină şi, în cele din urmă, la a nu mai întreprinde nimic.

Au o preocupare excesivă faţă de ordine şi acordă o prea mare atenţie detaliilor anodine, regulilor, procedurilor, listelor, lucru care conduce la epuizarea activităţii până la obţinerea esenţialului. Sunt atât de preocupaţi de verificarea fiecărui amănunt, detaliu al unui proiect, încât acesta riscă să nu fie niciodată finalizat. De multe ori lasă totul, mai ales activităţile importante, pe ultima sută de metri, riscând să nu respecte deadline-urile care le-au fost stabilite. Nu acceptă ajutorul din afară pentru că „nimeni nu face treaba mai bine ca el”.

Aceste persoane sunt extrem de conştiincioase, foarte scrupuloase, încăpăţânate, rigide, inflexibile. Nu se abat niciodată de la valori morale sau norme etice şi insistă întotdeauna cu obstinaţie ca lucrurile să fie făcute în maniera în care ştiu/vor ei.

Au mari dificultăţi în a lua în considerare opiniile altora şi nu fac compromisuri nici atunci când acest lucru ar putea fi în favoarea lor.

Simt o frustrare foarte mare atunci când nu pot controla mediul fizic sau interpersonal, însă întotdeauna mânia sau furia nu sunt exprimate în mod direct, ci prin forme mascate (de exemplu, dacă îl supără atitudinea unui coleg, nu îi va comunica acestuia ce simte, ci va gândi o strategie ascunsă de a-l sancţiona).

Sunt foarte devotaţi profesiei, muncii, alocând foarte mult timp sarcinilor de serviciu. Foarte muţi dintre ei continuă acasă activităţile de la locul de muncă, neputându-se opri sau rumânând excesiv pe marginea diverselor activităţi pe care le au de îndeplinit.

În unele cazuri TPOC, se asociază cu workaholismul.

Cu toate că munca ocupă un aspect important în viaţa lor, aceste peroane nu ating de regulă nivelul profesional specific abilităţilor şi competenţelor lor reale din pricina încăpăţânării şi rigidităţii. Sunt aproape incapabile să lucreze cu alte persoane, cu greu acceptând colaborarea sau munca în echipă, iar dacă o fac, se asigură că ceilalţi respectă cu rigurozitate detaliile planului de activitate.

Neglijează activităţile plăcute şi petrecerea timpului cu prietenii în favoarea diverselor responsabilităţi de familie sau de cele mai multe ori de la locul de muncă.

Nevoia de control este marcantă la aceste persoane şi se întâlneşte în majoritatea aspectelor vieţii (viaţa intimă, personală, profesională, socială).

Relaţiile cu familia pot fi tensionate din pricina amestecului de rigiditate cu nevoia de control.

Aceeaşi nevoie de control îi împiedică să simtă

bucurie, plăcere, le afectează chiar şi viaţa sexuală (TPOC se asociază cu disfuncţiile sexuale). Persoanele cu TOC îşi exprimă afecţiunea într-o manieră extrem de controlată (rar fac declaraţii de dragoste sau aduc cuvinte de laudă ori măgulire) şi sunt foarte serioase şi rigide chiar şi în contexte informale, în care ar trebui să fie destinse, amuzate sau fericite.

În situaţia în care îşi acordă şansa de se relaxa, activitatea de recreere nu doar că este considerată de către aceştia o sarcină foarte serioasă, dar, mai mult, totul trebuie să fie foarte bine structurat, planificat şi organizat. Chiar şi în practicarea unor hobby-uri, accentul este pus pe „execuţia perfectă”.

Vacanţele sunt întotdeauna scurte şi, pentru că timpul nu trebuie niciodată irosit, îşi iau mereu cu ei ceva de lucru. (Deşi la unii dintre aceştia vacanţele sunt atât de des amânate, încât se poate ajunge să nu-şi ia niciodată concediu.)

La unele persoane cu TPOC se poate sesiza o preocupare excesivă pentru activităţile domestice, cum ar fi curăţenia excesivă (acele persoane în casa cărora se poate „mânca de pe jos”). Pentru ei există „o singură reţetă” de a face lucrurile (un singur mod de a uda florile, de a tunde gazonul).

Nivelul de autocritică foarte ridicat, perfecţionismul şi standardele de performanţă autoimpuse determină disfuncţionalitate.

TPOC se poate asocia în unele cazuri cu colecţionarismul, respectiv tendinţa de a păstra orice fel de obiecte, şi pe cele uzate, perimate, chiar dacă acestea nu prezintă o valoare reală sau sentimentală. Au tendinţa de a aduna obiecte diverse, inutile, motivând că acestea pot fi de folos cândva. În situaţia în care cineva le aruncă obiectele, acesta face adevărate crize însoţite de eforturi reale de a le recupera. Apropiaţii se plâng de atmosfera „sufocantă” din casă, generată de grămezile de reviste, ziare, obiecte diverse şi fără folos pe care aceştia le

acumulează invariabil.

În domeniul financiar, manifestă nu doar scrupulozitate în gestionarea banilor (care trebuie păstraţi în eventualitatea unor situaţii critice ori catastrofe sau dezastre naturale), dar şi avariţie. Deseori aceştia duc o viaţă sub standardele şi posibilităţile lor reale.

În copilărie, persoanele cu TPOC demonstrează responsabilitate, conştiinciozitate, docilitate sau chiar rigiditate şi seriozitate extremă.

Potrivit APA (2000), tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă are o prevalenţă de 1% din eşantioanele comunitare şi 310% la indivizii care se prezintă la clinicile de sănătate mintală.

Trebuie diferenţiat între portretul psihologic al persoanelor obsesiv-compulsive şi modul de viaţă al persoanelor care se conformează regulilor stricte ale unui grup comunitar sau normelor şi prescripţiilor specifice organizaţiilor militare şi religioase.

…

Complicaţii: tulburări anxioase, tulburare hipocondriacă, depresie, tulburare delirantă (delir de relaţie), schizofrenie.

13.2. Criterii de diagnostic

DSM-IV-TR

Tulburarea de Personalitate Obsesiv-Compulsivă

Criterii de Diagnostic

Un pattern pervasiv de preocupare pentru ordine, perfecţionism şi control mental şi interpersonal în detrimentul flexibilităţii, deschiderii şi eficienţei, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cel puţin patru (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) este preocupat de detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau planuri, în aşa măsură că obiectivul major al activităţii este pierdut;

(2) prezintă perfecţionism care interferează cu îndeplinirea sarcinilor (de ex. este incapabil să realizeze

un proiect, deoarece nu sunt satisfăcute standardele sale extrem de stricte);

(3) este excesiv de devotat muncii şi productivităţii, mergând până la excluderea activităţilor recreative şi a amiciţiilor (nejustificată de o necesitate economică evidentă);

(4) este hiperconştiincios, scrupulos şi inflexibil în probleme de moralitate, etică sau valori (fapt nejustificat prin identificare culturală sau religioasă);

(5) este incapabil să se debaraseze de obiecte uzate sau inutile, chiar când acestea nu au nicio valoare sentimentală;

(6) refuză să delege sarcini sau să lucreze cu alţii în afară de cazul când aceştia se supun exact modului lui de a face lucrurile;

(7) adoptă un stil avar de a cheltui, atât faţă de sine cât şi faţa de alţii, banii fiind văzuţi ca ceva ce trebuie strâns pentru eventuale catastrofe;

(8) prezintă rigiditate şi obstinaţie.

e DSM-IV-TR American Psychiatric Association (2000)

ICD-10

Tulburarea Anancastă de Personalitate

Caracteristici

(a) Sentimente de îndoială şi prudenţă excesive;

(b) Preocupare în detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau programe;

(c) Perfecţionism care interferează cu îndeplinirea sarcinilor;

(d) Conştiinciozitate, scrupulozitate excesivă şi preocupări ce nu sunt necesare, privind eficienţa, până la excluderea plăcerii şi a relaţiilor interpersonal;

(e) Pedanterie excesivă şi aderenţă la convenţiile sociale;

(f) Rigiditate şi încăpăţânare;

(g) Insistenţă nerezonabilă din partea pacientului ca ceilalţi să respecte exact modul său de a acţiona, sau

rezistenţă nerezonabilă a pacientului de a permite celorlalţi să facă ceva;

(h) Intruziunea unor gânduri sau impulsiuni insistente şi supărătoare. *Include*: (tulburarea de) personalitate compulsivă şi obsesională. *Exclude*: tulburarea obsesiv-compulsivă.

e ICD-10 Organizaţia Mondială a Sănătăţii (1992)

13.2.1. TPOC trebuie diferenţiată de tulburarea TOC

Deşi ca denumire se aseamănă foarte mult cu tulburarea obsesiv-compulsivă, aceasta din urmă se caracterizează prin prezenţa de obsesii[27] şi compulsii[28] adevărate (APA 2000).

Un diagnostic de tulburare obsesiv-compulsivă (tulburare din spectrul tulburărilor anxioase) trebuie luat în considerare când colecţionarismul este extrem – de ex. pacientul strânge grămezi de obiecte inutile, lucru care conduce la vieţuirea în condiţii insalubre sau chiar la periclitarea vieţii individului şi a familiei sale, sau a celor cu care coabitează (ceilalţi nu se mai pot deplasa prin casă, apariţia mucegaiului, a igrasiei, a gândacilor, a şoarecilor sau chiar pericolul de incendiu).

Sigur că cele două tulburări pot coexista la un individ şi atunci se diagnostichează şi una şi cealaltă (pe axe diferite).

13.3. Noi faţete

Milion (2007) propune următoarele subtipuri ale tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă:

obsesiv-compulsivul conştiincios (se asociază cu trăsături specifice TP dependente) se caracterizează prin: seriozitate, determinare, meticulozitate, minuţiozitate, sârguinţă, workaholism, indecizie.

---

27 Obsesii - idei, gânduri, impulsuri legate de contaminare, dubitarea repetată, necesitatea de a pune lucrurile într-o anumită ordine sau chiar impulsuri agresive sau imagerie sexuală (APA, 2000).

28 Compulsii - comportamente repetitive (de ex. ablutomania sau spălatul excesiv al mâinilor, ordonatul, verificatul) sau acte mentale (de ex. rugatul, calculatul, repetarea de cuvinte în gând) (APA, 2000).

Ca şi indivizii din celelalte subtipuri, aceştia se ataşează uneori de instituţii sau organizaţii religioase în vederea dobândirii suportului interpersonal, dar şi a vieţuirii sub o aură de respect şi sanctitate.

obsesiv-compulsivul birocratic (se asociază cu trăsături specifice TP narcisice) se caracterizează prin: lipsă de imaginaţie, înfumurare, despotism; acţionează după bunul plac; regulile grupului sau ale organizaţiei îl securizează şi îi conferă identitate.

Adept al tradiţionalismului şi conservatorismului, acesta îşi subordonează identitatea sistemului, organizaţiei sau grupului din care face parte, lucru care îi conferă siguranţă, protecţie şi, mai mult, îl eliberează de anxietatea care îl însoţea atunci când era nevoit să ia decizii de unul singur.

obsesiv-compulsivul puritan (se asociază cu trăsături specifice TP paranoide) se caracterizează prin: bigotism, dogmatism; îşi ţine în frâu propriile fantezii sau dorinţe repugnante; nu face compromisuri; entuziast mai ales în ideile politice sau religioase pe care le predică ori le susţine cu o moralitate severă şi necruţătoare.

Acesta, spre deosebire de celelalte tipuri, experimentează un conflict interior major, oscilând adesea între obedienţă şi sfidare.

obsesiv-compulsivul parcimonios (se asociază cu trăsături specifice TP schizoide) se caracterizează prin: avariţie, zgârcenie, lipsa generozităţii; adunat compulsiv de obiecte şi bunuri; se teme să nu fie intruzat de ceilalţi şi mai ales să nu fie puşi în situaţia de a împărţi diverse lucruri/bunuri cu ceilalţi.

Comportamentul lor pare să spună *„ce-i meu e al meu, ce-i al tău e al tău”* (Milion, 2007, pg. 233).

obsesiv-compulsivul chinuit (se asociază cu trăsături specifice TP negativiste) se caracterizează prin: confuzie, indecizie, frustrare.

Sunt dominaţi de ambivalenţă şi deseori se află în dificultatea de a alege între ceea ce le dictează emoţiile şi

ceea ce le spune raţiunea. Sunt foarte ruminativi, iar obsesiile şi compulsiile au, în cazul acestor persoane, rolul de a le controla şi diminua emoţiile negative sau contradictorii.

13.4. Cauze

Nu s-a identificat o cauză specifică a acestei tulburări a personalităţii, însă este cunoscut faptul că experienţele de viaţă timpurii au un rol major în dezvoltarea armonioasă a fiinţei umane sau, la celălalt pol, în dezvoltarea tulburărilor de personalitate.

Un mediu familial ostil sau rece, neglijarea nevoilor copilului, comunicarea inautentică şi inadecvată cu acesta, pedepsele aplicate de părinţi pentru fiecare greşeala şi abatere de la reguli, indiferent cât de minore, generează în copil incapacitatea de a se dezvolta în siguranţă, inabilitatea de a manifesta bucurie, de spontaneitate. Acesta va dezvolta în schimb o simptomatologie obsesiv-compulsivă drept strategie de a evita pedeapsa.

Aceşti copii sunt invadaţi de furie, pe care în mod vădit o resimt faţă de părinţi, însă o maschează, o disimulează. Ei vor manifesta întotdeauna obedienţă faţă de orice autoritate, însă îi pot trata cu nedreptate pe cei mai slabi decât ei.

13.5. Abordare terapeutică şi suport

De cele mai multe ori, pacienţii cu TPOC se adresează unui specialist pentru probleme variate cum sunt: dureri de cap, anxietate, atacuri de panică, tulburări de dinamică sexuală etc.

Psihoterapia în cazul acestor clienţi se centrează pe a-i învăţa să se relaxeze (se vor utiliza tehnici de relaxare, meditaţia), a-i distrage de la gândurile ruminative, de la îngrijorarea cronică şi a-i învăţa să le înlocuiască cu angajarea în mici activităţi recreaţionale.

Creşterea intimităţii în relaţiile apropiate este un alt obiectiv al terapiei care poate ameliora calitatea vieţii pacientului.

Poate fi dificil pentru un specialist să dezvolte o

relaţie terapeutică cu un asemenea pacient, mai ales din pricina faptului că acesta vine la terapie cu o nevoie puternică de control (de a controla terapia şi terapeutul). Iar la această nevoie exacerbată de control se adaugă şi neîncrederea în ceilalţi şi mai ales tendinţa de a pune sub semnul întrebării totul.

În ceea ce priveşte medicaţia pentru această tulburare de personalitate, studiile arată că intervenţia medicamentoasă poate fi de ajutor nu în tratarea cauzelor (un lucru unanim recunoscut este faptul că tulburările de personalitate nu se tratează medicamentos decât în cazul unor decompensări), ci în ameliorarea şi controlul simptomelor. Medicaţia poate ajuta individul să gândească mai clar şi să se concentreze mai bine pe anumite sarcini, ori să ia anumite decizii cu mai mare rapiditate, fără a se împotmoli în detalii redundante. În special medicamentele cunoscute drept inhibitorii selectivi ai recaptării de serotonină par a ajuta pacientul în privinţa rigidităţii şi a compulsivităţii, chiar şi atunci când pacientul nu arată semne de depresie.

În interacţiunea cu persoanele cu TPOC	
se recomandă:	este de evitat:
— Să le arătaţi că le apreciaţi simţul ordinii şi al rigorii;	— Să le copleşiţi cu laude şi complimente;
— Să le respectaţi nevoia de a organiza lucrurile;	— Să le desconsideraţi preocuparea faţă de muncă;
— Când merg prea departe, aduceţi-le critici precise şi motivate (Lelord, André, 2003, apud Dumitraşcu, 2012);	— Să le persiflaţi pe seama obsesiilor şi ritualurilor lor;
— Să le arătaţi că se pot bizui pe voi;	— Să vă lăsaţi angrenaţi în sistemul lor extrem de „costisitor” de a face lucrurile.
— Să le angrenaţi	

în activităţi recreative.	

Tabelul 13 – Recomandări privind relaţionarea cu persoanele cu TPOC

13.6. TOC şi profilul criminalului organizat

O teorie care a cauzat numeroase controverse arată faptul că profilul psihologic al multor criminali în serie indică existenţa unei tulburări de personalitate obsesiv-compulsivă.

Unii criminali nu întrunesc caracteristicile pentru o boală mintală severă, cum ar fi schizofrenia, însă sunt adevăraţi maeştri ai controlului în manipularea victimelor lor (Ferreira, 2000, apud Barlow, Durand, 2009).

Profilul criminalului organizat, al celui care are sub control fiecare aspect al crimei sau al actului infracţional (locul faptei, manipularea dovezilor în favoarea sa, manipularea victimei etc.) se potriveşte foarte bine cu caracteristicile TPOC.

Potrivit unui studiu patronat de FBI (1985), criminalul organizat are un nivel al inteligenţei mediu spre superior, este competent din punct de vedere social, calificat profesional, cu un loc de muncă stabil, situat în vârful ierarhiei sociale, are un nivel ridicat de autocontrol (prezent şi la locul faptei), manifestă reţineri, conversaţie stăpânită, agresiunea este premeditată, obligă victima să i se supună, stres situaţional prezent, stare de spirit stăpânită în timpul crimei, muşamalizează toate dovezile care l-ar pute incrimina, urmăreşte mersul anchetei în media.

Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă poate fi de asemenea întâlnită în rândul agresorilor sexual, în special în rândul pedofililor. Studiile de imagerie cerebrală pe pedofili indică faptul că funcţionarea cerebrală a cestora este similară cu cea a persoanelor cu TPOC (Schiffer al 2007, apud Barlow, Durand, 2009).

Capitolul XIV

Alte tulburări de personalitate

14.1. Tulburarea de personalitate fără altă

specificaţie

Acest diagnostic se utilizează în situaţia în care persoana are trăsături specifice mai multor tulburări de personalitate, trăsături care îi produc detresă în unul sau mai multe domenii de funcţionare (personal, socio-profesional), însă aceste trăsături nu satisfac complet criteriile pentru nicio TP. Vorbim de acea „mixtură" de personalitate sau tulburare de personalitate *mixtă*.

Acest diagnostic se utilizează şi în situaţia în care individul întruneşte criteriile pentru o tulburare de personalitate care nu este validată în prezent (de exemplu tulburarea de personalitate depresivă).

14.2. Tulburarea de personalitate de tip „Haltlose".

Tulburarea de personalitate de tip „Haltlose" este menţionată în ICD-10 la subcategoria alte tulburări de personalitate.

Persoanele cu tulburare de tip „Haltlose" au un stil de viaţă împrăştiat, sunt caracterizate de iresponsabilitate, lipsa unor ţeluri existenţiale, trăirea după impulsuri de moment, nepăsarea faţă de viitor, lipsa unui punct de sprijin în trecut, astfel încât trăiesc la voia întâmplării, a locului în care se află, a momentului (putând cădea victimele criminalilor sau putând deveni la rândul lor agresori).

Se poate întâlni la sociopaţi, mai ales din pricina lipsei remuşcării şi a inabilităţii de a învăţa din experienţele trecute, repetând practic greşeli majore.

Totodată, persoana cu tulburare de tip „Haltlose" are o serie de trăsături întâlnite la histrionici: cuceritori, cu o aparentă căldură emoţională, sugestibilitate sporită, superficialitate; este optimist şi adesea o persoană plăcută. Printre persoanele suferind de acest tip de tulburare de personalitate se află alcoolicii.

14.3. Tulburarea de personalitate depresivă

Pacienţii cu tulburare de personalitate depresivă sunt extrem de serioşi, incapabili să se bucure sau să se relaxeze. Lipsiţi de simţul umorului, ei pot avea impresia

că nu merită să se distreze şi să fie fericiţi.

De asemenea, ei sunt ruminativi, au frici şi temeri vagi, gânduri nihiliste recurente. Astfel de indivizi văd viitorul la fel de negativ ca şi prezentul; se îndoiesc că lucrurile se vor ameliora vreodată, se aşteaptă la tot ce este mai rău şi, în timp ce se mândresc cu faptul că sunt realişti, sunt consideraţi de alţii ca pesimişti. Pot fi severi în autoaprecieri şi înclinaţi să se simtă excesiv de culpabili pentru mici greşeli sau eşecuri.

Au o stimă de sine scăzută, iar imaginea de sine este focalizată în special pe ideea că sunt incapabili şi lipsiţi de competenţe şi abilităţi.

Indivizii cu această TP tind să îi judece pe alţii la fel de sever cum se judecă pe ei înşişi. Ei se centrează adesea mai curând asupra defectelor decât asupra atributelor pozitive ale altora şi pot fi sceptici, critici şi prudenţi faţă de alţii (APA, 2000).

Este important să se facă diferenţa între această tulburare de personalitate şi tulburarea distimică, la care pacienţii cu tulburare de personalitate depresivă pot fi predispuşi. De asemenea, aceştia pot fi predispuşi şi la tulburarea depresivă majoră, entitate nosografică de care TPD trebuie diferenţiată.

Tulburarea depresivă de personalitate, eliminată din 1CD-10 (1992), este însă păstrată în DSM-1V-TR (2004) la capitolul „Categorii diagnostice care necesită studii suplimentare”.

14.4. Tulburarea de personalitate pasiv-agresivă (tulburarea negativistă a personalităţii)

Tulburarea de personalitate pasiv-agresivă se caracterizează printr-un pattern pervasiv de atitudini negativiste şi de rezistenţă pasivă la cererile de performanţă adecvată în situaţiile sociale şi profesionale, care începe precoce în perioada adultă şi care survine într-o varietate de context (APA, 2000).

De regulă, aceşti indivizi obiectează, se opun şi rezistă cererilor de a funcţiona la nivelul dorit de alţii.

Această opoziţie survine cel mai frecvent în situaţii profesionale, dar poate fi evidentă şi în alte domenii de funcţionare, în plan familial sau social. Rezistenţa se exprimă prin amânare, uitare, obstinaţie şi ineficienţă intenţionate, în special ca răspuns la sarcinile trasate de persoanele care reprezintă autoritatea.

Ei sunt cei care împiedică bunul mers al unei acţiuni, prin arătarea incapacităţii sau indisponibilităţii de a participa la sarcina respectivă. Sunt maeştri ai sabotajului prin non-implicare voită şi adesea planificată (agresivitate pasivă).

Aceşti indivizi se simt înşelaţi, neapreciaţi, neînţeleşi şi se plâng tot timpul de alţii. Când apar dificultăţi sau suferă eşecuri, nu şi le asumă şi le pun în contul comportamentului altora. Pot fi sumbri, iritabili, impacientaţi, certăreţi, cinici, sceptici şi ostili.

Din cauza negativismului şi a tendinţei lor de a externaliza blamul, aceşti indivizi critică şi îşi exprimă ostilitatea faţă de persoanele reprezentând autoritatea, la cea mai mică provocare. De asemenea, ei sunt invidioşi şi geloşi pe colegii care reuşesc sau care primesc aprecieri din partea figurilor ce reprezintă autoritatea (APA, 2004).

Aceşti indivizi se plâng adesea de eşecurile lor personale. Au o viziune negativă asupra viitorului şi pot face comentarii de genul „nu merită să fii bun” şi „lucrurile bune nu durează”. Aceşti indivizi pot oscila între a-şi exprima sfidarea ostilă faţă de cei pe care-i văd ca fiind cauza problemelor lor şi încercarea de a înmuia aceste persoane, cerându-le iertare sau promiţându-le că vor funcţiona mai bine în viitor.

Tulburarea de personalitate pasiv-agresivă a fost eliminată din ICD-10 (1992), însă este păstrată în DSM-IV-TR (2004) la capitolul „Categorii diagnostice care necesită studii suplimentare”.

Capitolul XV

Diagnostic diferenţial şi evaluarea tulburărilor de personalitate

15.1. Probleme în diagnosticare

Este important ca în diagnosticarea tulburărilor de personalitate să ţinem cont de fondul etnic, cultural, social, religios al persoanei. Ştim cu toţii că ceea ce este normal pentru o cultură poate părea totalmente inacceptabil pentru o alta.

În diagnosticarea acestor persoane, putem întâmpina o serie de dificultăţi din cauza faptului că acestea nu sunt conştiente de simptomele lor disfuncţionale, minimizează sau neagă anumite simptome şi comportamente.

Un alt impediment este acela că persoanele cu TP au această manifestare de foarte multă vreme (ani) şi, prin urmare, cred că aceste trăsături fac parte din personalitatea lor, le consideră normale şi fireşti. Nu socotesc posibilitatea de a le (se) schimba.

Se recomandă obţinerea informaţiilor de la unul din membrii familiei sau de la o persoană foarte apropiată ori verificarea informaţiilor obţinute de la pacient, care, aşa cum precizam mai sus, poate mistifica realitatea, negând anumite comportamente sau fabulând altele.

201

15.2. Teste şi Instrumente în evaluarea tulburărilor de personalitate

Pentru evaluarea tulburărilor de personalitate, sunt necesare mai multe seturi de date:

observaţia comportamentului persoanei datele obţinute prin chestionare şi testele psihologice.

Instrumentele cele mai importante utilizate în evaluarea tulburărilor de personalitate (apud Lăzărescu, Nireştean, 2007) sunt:

Diagnostic Interview for DSM IV Personality Disorders

(DIP-IV; Zanarini et al., 1996).

Este un interviu structurat cu 398 de itemi pentru evaluarea celor 10 categorii de TP din DSM-IV-TR, precum şi pentru tulburarea depresivă şi pasiv-agresivă.

International Personality Disorders Examination

(IPDE; Loranger, 1999). Este un interviu semistructurat de 537 de întrebări care evaluează tulburările de personalitate potrivit criteriilor enunţate în DSM-IV-TR ŞI ICD-10 (se impune ca trăsăturile patologice să fi fost prezente înaintea vârstei de 25 de ani).

Personality Disorder Interview IV (PDI-IV; Widiger et al., 1995).

Acesta are întrebări pentru evaluarea celor 94 de criterii ale celor 10 TP descrise în DSM-IV-TR şi pretinde ca tulburarea să fi fost prezentă înaintea vârstei de 18 ani.

Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II; First 1997). Interviu semistructurat cu 119 itemi centraţi pe criteriile de diagnostic oferite de DSM-IV-TR.

Personality Assessment Schedule (PAS; Tyrer, 1979, 1988, 2000). Este un interviu (adaptat la DSM-IV-TR ŞI ICD-10) care evaluează 24 trăsături specifice TP şi permite diagnosticarea a 13 categorii de tulburări de personalitate.

Milion Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III; Milion *etal*, 1997).

Acesta este un chestionar cu 175 de itemi menit a evalua patologia de pe Axa I şi II.

Mai există şi alte teste, însă acestea nu sunt coordonate cu DSM-IV-TR.

15.3. Diagnostic diferenţial în primul rând, trebuie menţionat faptul că orice tulburare de personalitate trebuie diferenţiată de modificarea de personalitate cauzată de o condiţie medicală generală sau de consumul de droguri sau alcool. Diagnosticul de modificare de personalitate se pune în situaţia în care modificările durabile de personalitate apar ca rezultat al efectelor fiziologice directe ale unei condiţii medicale generale sau ale unei substanţe.

Tulburările de personalitate din primul cluster (paranoidă, schizoidă, schizotipală) trebuie diferenţiate de schizofrenie, tulburarea delirantă sau de tulburarea afectivă cu elemente psihotice prin faptul că toate acestea

sunt însoţite de simptome psihotice persistente (idei delirante şi halucinaţii). Diagnosticul de tulburare de personalitate se pune dacă trăsăturile au fost prezente înaintea apariţiilor (debutului) simptomelor psihotice şi se menţin după remisiunea acestora. În situaţia în care un

Individ are o tulburare de personalitate care a fost prezentă înaintea tulburării psihotice (de pildă, schizofrenie), tulburarea de personalitate se diagnostichează pe Axa 11, menţionându-se „premorbid”.

De asemenea, când individul suferă de tulburări afective sau anxioase, trebuie să fim atenţi la diagnosticarea unei tulburări de personalitate, căci este posibil ca anumite simptome ale bolii de pe axa I s-a „mimeze” trăsăturile de personalitate (DSM-IV-TR).

În situaţia în care un individ întruneşte criteriile pentru mai mult decât o tulburare de personalitate (2 sau mai multe), toate se diagnostichează.

Pentru o mai bună diferenţiere a tulburărilor de personalitate, vă propunem mai jos tabelul de diagnostic diferenţial al tulburărilor de personalitate:

IP			TPS	TPST
IPP	Ce au în comun		Răceala, distanţarea de ceilalţi	Suspizitate răceala relaţiilor, ideaţia paranoidă
	Ce îi diferenţiază		Schizoizii nu au o ideaţie paranoidă notabilă	Gândire magică experienţe corporale neobişnuite întâlnite tulburarea schizotipală

TPS	Ce au în comun	Izolarea socială, afect coarctat	[redacted]	Izolar socială, a coarctat
	Ce îi diferenţiază	Lipsa suspiciozităţii şi a ideaţiei paranoide		Lipsa distorsiuni cognitive de percepţ
TPS T	Ce au în comun	Suspicioz itate a, răceala relaţiilor, ideaţia paranoidă	Izolare a socială, afectul coarctat	[redacted]
	Ce îi diferenţiază	Gândirea magică şi experienţele corporale neobişnuite nu le întâlnim la TPP	Prezen ţa distorsiunilo r cognitive şi de percepţie în TPST	
TPA	Ce au în comun	Comport amentul antisocial (prezent uneori şi la		

		TPP)		
	Ce îi diferenţiază	Nevoia de răzbunare mai degrabă la TPP decât nevoia de a-i exploata pe ceilalţi specific TPA		
TPB	Ce au în comun	Reacţii le coleroase		TPB avea simptome tranzitorii similare ce psihotice, sunt gener de schimbăril afective
	Ce îi diferenţiază	Nu există suspiciozitate pervasivă în TPB		TPST sunt impulsive manipulati

TPH	Ce au în comun	Reacţiile coleroase		
	Ce îi diferenţiază	Nu există suspiciozitate pervasivă în TPH		
TPN	Ce au în comun	TPN pot prezenta suspiciozitate şi izolare uneori		TPN prezenta suspiciozit şi izol uneori

	Ce îi diferenţiază	TPN pot prezenta suspiciozitate şi izolare, uneori din teama de a li se descoperi imperfecţiunile		TPN prezenta suspiciozita şi izol uneori teama de se descop imperfecţiu e

TPE Ce au în comun	Neîncr ederea în ceilalţi	Izolar ea socială	Izola rea socială	
Ce îi diferenţiază	TPP se tem de intenţiile răuvoitoare ale celorlalţi, pe când TPE se tem să nu fie puşi în dificultate	TPE evită contactele din teamă, TPS din lipsa de interes	TPE se tem să nu fie respinşi sau ridiculizaţi , pe când la TPST nu există o lipsă de interes şi detaşare de ceilalţi	
TPD Ce au în comun Ce îi diferenţiază				

	Ce au în comun	Formalismul şi detaşarea socială	TPOC pot prezenta o detaşare socială din devoţiunea faţă de muncă şi o gamă restrânsă a emoţiilor	
	Ce îi diferenţiază	Cauza la TPOC este devotamentul excesiv faţă de muncă iar la TPS lipsa de	TPOC au totuşi capacitatea de a fi intimi	

		interes în relaţiile sociale		

Tabelul 14 – Tabelul de diagnostic diferenţial al tulburărilor de personalitate

Bibliografie

Abgrall, J.M. (1999). *Soul Snatchers. The mechanism of cults*. New York: Algora Publishing.

Ailenei, S. (2011). *Psihodiagnoza tulburării de personalitate de tip antisocial. Patternuri de răspuns la instrumente de evaluare categoriale; dimensionale şi experienţiale* (teză de doctorat – abstract, Universitatea din Bucureşti, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, Bucureşti, România). Accesat la: http://www.unibuc.ro/studies/Doctorate2012Ianuarie/Ailenei%20Silviuz20

%20Psihodiagnoza%20 tulburării%20 de%20 personalitate%20

de%20 tip%20 antisocial/rezumat %20PDF/REZUMAT.pdf

Alderman, T. (1997). The Scarred Soul. Understanding And Ending Self-Inflicted Violence. U.S.: New Harbinger Publications, Inc.

Allen, Ed., Allen, A. (2001). Together sex, The playful Couple's Key to Enjoying Swinging. USA: Momentpoint Media.

American Psychiatric Association (1952). *Manual de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale*, Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti (DSM I).

American Psychiatric Association (1968). *Manual de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale*, Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti (DSM II).

American Psychiatric Association (1980). *Manual de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale*, Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti (DSM III).

American Psychiatric Association (1987). *Manual de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale*, Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti (DSM III RR).

American Psychiatric Association (1994). *Manual de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale*, Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti, (DSM IV™).

American Psychiatric Association (2000). *Manual de Diagnostic şi*

Statistică a Tulburărilor Mentale, Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti, (DSM-IV-TR).

Avram, E., (2009). Psihologia personalităţii. Arhitectură şi dimensiuni, Bucureşti: Editura Universitară.

Barlow D.H. (2002). Anxiety and eats disorder: the nature and treatment of anxiety and panic, 2nd ed. New York: Guilford Press.

BBC (producer). (2002). *Guys and dolls*. [DVD]

Beck, A., Freeman, A., Davis, D. *et* al (2011). *Terapia cognitivă a tulburărilor de personalitate*. Cluj-Napoca: ASER.

Brockman, B., Bluglass R.S., (1996). *A generat approach to sexual devia*tion in: I. Rosen (ed.) Sexual deviation (3rd. ed.). New York: Oxford University Press.

Brompley, D.G., Melton, J.G. (2002). *Cults, Religion & Violence*. United Kingdom: Cambridge Universrity Press.

Chazaud, J. (1976). *Las Perversiones Sexuales*. Barcelona: Herder.

Chesser, E. (1971). Strânge loves: The human aspect of sexual deviation. New York: Morrow.

Clark, N., Scott, P.S. (2009). *Game addiction. The experience and the effects*. Jefferson, North Carolina & London: Mcfarland & Company, Inc. Publishers.

Cowan, D.E., and Bromley, D.G. (2008). *Cults and New Religions. A brief history*. U.S.A.: Blackwell Publishing.

Dawson, L.L. (2003). *Cults and new religious movements. A reader*. USA: Blackwell Publishing.

Dawson, L.L. (2006). Comprehensing cults. The sociology of the new religious movements, (2nd ed.). Canada: Oxford University Press.

Dindelegan, C. (2012). Incursiune în psihopatologie şi psihologie clinică. Bucureşti: Editura SPER.

Dolan M, Vollm, B. (2009). Antisocial personality disorder and psychopathy în women: a literature review on the reliability and validity of assessment instruments. Int J Law Psychiatry; 32, 2 – 9.

Duggan C, Gibbon S. (2008). Practical assessment of personality disorder. *Psychiatry*, *7*, 99 – 101.

Dumitrache, S.D. (2011). Cinemaeducaţia – Filmul la Formă A Psihopedagogie! Artei. *Revista de Psihologie şcolară*, 4 (7), 100 – 103.

Dumitrache, S.D. (2011). Hibristofâlia Sau Despre Complexul Frumoasa şi Bestia. *Revista de Dezvoltare Personală*, *Educaţie Universitară pentru Mileniul 3*, 3, 29 – 37.

Dumitrache, S.D. (2011). New directions in cinema-education and cinematherapy. Experienţial and unifying cinematherapy. Cinema centered group of personal development *Journal Of Experiential Psychotherapy*, *15*, no. 3, (55), 32 – 36.

Dumitrache, S.D. (2011). Psychological stances and characteristics of paranoid personality disorder. Case study: the fanatic psychopath and his influence on vulnerable personalities. The People's Temple Sect – Jim Jones or the Cyanide Messiah. *Journal Of Experiential Psychotherapy*, *15*, no. 1, (53), 33 – 40.

Dumitrache, S.D. (2011). The Bloody Scream – Borderline Personality Disorder, Self-Injuring and Suicidal Behaviors. *Journal Of Experiential Psychotherapy*, *15*, no. 2, (54), 17 – 22.

Dumitrache, S.D. (2012). The exhibiţionism – deviant sexual behavior. In the conference volume: International Conference of Experiential Psychotherapy and Unijying Personal Development: Terapeutic Partnership, Unification

and Interdisciplinarity, Third Edition, February 18 – 19, 2012.

Dumitrache, S.D. Mitrofan, L. (2010). *Compendiu de fobii*. Bucureşti: Editura Sper.

Dumitrache, S.D. Mitrofan, L. (2010). *Parafiliile – extremele comportamentului sexual uman*. Bucureşti: Editura Sper.

Dumitrache, S.D. Mitrofan, L. (2012). *Compendiu de fobii*, ediţia a II-a. Bucureşti: Editura Sper.

Dumitrache, S.D., Mitrofan, L. (2011). Hipoxifilia – între pedeapsă şi gratificare. O parafilie de mare risc pentru viaţa individului. În volumul *Conferinţei Naţionale de Psihologie a Sexualităţii*.

Dumitrache, S.D., Mitrofan, L. (2012). Fobiile sexuale – subtipuri ale aversiunii sexuale. *Revista de Dezvoltare Personală*, *Educaţie Universitară pentru mileniul 3*, nr. 4.

Dumitrache, S.D., Mitrofan, L. (2012). Fobiile sexuale. În volumul *Conferinţei Naţionale de Psihologie a Sexualităţii*, Institutul de Psihologie şi Psihoterapie a Sexualităţii.

Dumitrache, S.D., Mitrofan, L. (2012). Interconnections between Assertiveness and Empathy în Couple Relationships – experienţial applications. *Journal Of Experiential Psychotherapy*, *15*, no. 3, (59) 11 – 23.

Dumitrache, S.D., Gătej, E.R. (2011). The effect Of Unifying Creative Meditation Technique And The Dark-Ambient Music On The Level Of Aggression, The Kinesthetic, Cognitive And Physiological Funcţioning. *Journal Of Experiential Psychotherapy*, *14*, no. 4.

(56), 50 – 54.

Dumitrache, S.D., Mitrofan, I. (coord.) (2012). Din Culisele Psihoterapiei Experienţiale Unificatoare – studii de caz şi cercetări aplicative. Bucureşti: Editura SPER.

Dumitrache, S.D., Mitrofan, L. (2012). Being Manipulated In The Group Of Friends – Predisposition And Psychological Implications. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, *3*3, 35 – 39.

Dumitrache, S.D., Mitrofan, L. (2012). Friendship and predisposition to be manipulated. *Journal Of Experiential Psychotherapy*, *1*5, 1.

(57), 24 – 28.

Dumitrache, S.D., Mitrofan, L., Petrov, Z. (2012). Self-Image and Depressive Tendencies among adolescent facebook users. *Revista de Psihologie*, *4*.

Dumitraşcu, H. (coord.) (2012). Consilierea în asistenţa socială. Iaşi: Editura Polirom.

Ellis, H. (1936). *Studies in the psychology of sex* (vol. l). New York: Random House.

Enăchescu, C. (2003). *Tratat de psihosexologie*. Bucureşti: Editura Polirom. Enăchescu, C. (2007). *Tratat de psihopatologie* (ed. a IV-a). Iaşi: Editura Polirom.

Favazza, A.R. (1996). Bodies Under sierge. Self-mutilation and body Modification in Culture and psychiatry (2nd ed.). London: The John's Hopkins University Press.

FBI Law Enforcement (1985). Crime scene and profile characteristics of organized and disorganized murderers.

Fedoroff J.P. (2003). The paraphilic world. În: S.B. Levine, C.P. Risen., S.P. Althof, (eds.) *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals*; p. 333 – 356. New York: Brunner-Routledge.

Frances, A.J., Fyes, M.R., Clarkin, J.F. (1986). Personality and suicide. *Annals of the New York cădemy of sciences*, *4*7, 21 – 93.

Fromm, E. (1977). The anatomy of human distructiveness. New York: Holt

Galanter, M. (1999). Cults, Faith, Healing, and coercion (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Canon, J., Simon, W. (1967). *Sexual Deviance*. New York: Harper & Rox.

Grecu, Ghe., Grecu Gabor, M., Grecu, I. (2000). Particularităţi ale tulburărilor de personalitate borderline asociate cu conduite comportamental-autolitice. *Revista Română* de *Psihiatrie*, *1*.

Hare, R.D. (2003). *Manual for the revised psychopathy checklist, 2nd ed*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.

Hare, R. (1993). Without conscience: the disturbing world of the psychopaths among us. New York: Pocket Books.

Hart S.D., Muchie C., Cooke D.J. (2007). Precision of actuarial risk assessments: evaluationg the „margins oferror" of group v. individual predictions of violence. *Br J Psychiatry*, *190*: s60-s65.

Hart, S.D., Forth, A.E., & Hare, R.D. (1990). Performance of criminal psychopats on selected neuropsychological tests. *Journal of Abnornal Psychology*, *9*9, 374 – 379.

Hirschfeld, M. (1948). Sexual anomalies: The origins, nature, and treatment of sexual disorders. New York: Emerson.

Hirschfeld, M. (*1956*). *Sexual anomalies*. New York: Emerson.

Holdevici I. (1998). *Psihoterapia tulburărilor anxioase*. Bucureşti: Editura Ceres.

Holdevici, I. (2010). Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală. Bucureşti: Editura Trei.

Home Office & Departament of Health (1999). Managing dangerous people with severe personality disorder: proposals for consultation. London: Home Office.

Home Office and Departament of Health and Social Security (1975). *Report of the Committee on Mentally Abnormal Offenders*, CMND 6244. London: Her Majesty's Stationery Office.

Howard, R. (2006). How is personality disoder linked to dangerousness? A putative role for early-onset alcohol abuse. *Med Hypothesis*; *6*7, 702 – 708.

Howard, A., Smith, M. (2004). *River of Blood*: *Serial Killers and Their Victims*. USA: Universal-Publishers.

Hunt, M., (1974). *Sexual Behavior in the 1970 s*. New York: Playboy Press.

Huston, M. (2012). The 7 Laws of Magical Thinking: How Irrational Beliefs Keep Us Happy; Healthy, and Sane. New York: Penguin/Hudson Street.

International Classificiation of Diseases, 10th ed (1992). USA: American Psychiatric Publishing.

Ionescu, G. (1997). *Tulburările personalităţii*. Bucureşti: Editura Askeleios.

Ionescu, G. (2000). *Psihiatrie clinică*. Editura Univers Enciclopedic: Bucureşti.

Ionescu, Ş. (1998). Paisprezece abordări în psihopatologie, Mecanismele de apărare. Iaşi: Editura Polirom.

Joseph S. (1997) *Personality disorder*, *New symptom focused therapy*. New York: The haworth Medical Press.

Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A. (2000). Personality disorders. În: Kaplan, Sadock's. *Synopsis of Psychiatry*, 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.

Kilduff, M., Javers, R. (1981). Secta sinucigaşă. Secretele sectei „Templul popoarelor" şi ale masacrului din Guyana. Bucureşti: Editura Polirom.

Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E. (1948). *Sexual Behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders.

Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., Gebhard P. (1953). *Sexual Behavior in the human female*. Philadelphia: Saunders.

Lalich, J. (2004). *Bounded choise*. *True believers and charismatic cults*. Los Angeles: University of California Press.

Laws, D.R., Marschall, W.L., (1990). A conditioning theory of the etiology and maintenance of deviant sexual preference and Behavior. În: W.L. Marschall, D.R. Laws, H.P.E. Barbaree, *Handbook of sexual assault*: *issues*; *theories and treatment of the offender*, p.209 – 227. New York: Plenun Press.

Laws, D.R., O'Donohue, W.T. (2008). *Sexual Deviance*; *Theory; Assessment*, *and Treatment* (2nd ed.). New York:

The Guilford Press.

Lăzărescu, M., Nireştean, A. (2007). *Tulburările de personalitate*. Iaşi: Editura Polirom.

Leonhard, K. (1979). *Personalităţi accentuate în viaţă şi în literatură* (ed. a II-a). Bucureşti: Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică.

Miller, A.G. (2004). *The social psychology of good and evil*. New York: The Guilford Press.

Milion, T. *etal*. (1998). *Psychopathy*. New York: The Guillford Press.

Milion, T. (coord.) (2007). *Personality disorders în modern life*, (2nd ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Mitrofan, I., Ciupercă, C. (1998). *Incursiune în psihosociologia şi psihosexologia familiei*. Bucureşti: Editura Edit Press.

Money, J. (1990). Paraphilia în females: Fixation on amputation and lameness; two personal accounts. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, *3*, 165 – 172.

Money, J. (1990). Gay, Straight, and InBetween: The Sexology oferotic Orientation. London: Oxford University Press.

Montreuil, M., Doron J. (coord.) (2009). *Tratat de psihologie clinică şi pasihopatologie*. Bucureşti: Editura Trei.

Nock, M. (2009). Understanding non-suicidalself-injury. Origins, assessment and treatment American Psychological Association: Washington DC.

O'Brien, Tresman & Silver (2003). Cluster A personality disordr în: D.L. Dunner (Ed.), *Current psychiatric therapy* (pp. 339 – 404). Philadelphia: W.B. Saunders.

O'Donohue, W.T., Letourneau, E., Dowling, H. (1995). Development and preliminary validation of a paraphilic sexual fantasy questionnaire. *Sexual Abuse*: *A Journal of Research and Treatment*, *9*, 167 – 178.

Oltmanns, T.F., Emery, R.E. (2001). *Abnormal psychology* (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.

Perris, C. (2000). Psihoterapia pacientului dificil. Ghid practic de abordare cognitivă în serviciile de sănătate mintală. Timişoara: Bestia.

Person, E.S., Terestman, E.S., Myers, W.A., Goldberg E.L., Salvador! C., (1989). Gender differences in sexual behaviors and fantasies in a college population. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *15*... 187 – 198.

Peter, A., Olsson, M.D. (2005). Malignant Pied Pipers of our Times. A Psychological Study of Distructive Cult Leaders from rev. Jones to Osama Bin Laden. USA: Publish America Baltimore.

Pinel, P. (1962). A *treatise on insanity*. New York: Hofner.

Prelipceanu, D. (coord.) (2011). *Psihiatrie clinică*. Bucureşti: Editura Medicală.

Sârbu, A. (coord.) (1979). *Psihiatrie clinică, ghid alfabetic*. Cluj-Napoca: Editura Dacia.

Schechter, H. (2003). *The Serial Killer Files*. New York: Ballantine.

Schneider, K. (1959). *Clinical Psychopathology*. New York: Grune and Stratton.

Silk, K.R., Wolf, T.L., Ben-Ami, D.A. (2005). Environmental Factors In The In The etiology Of Bordeline Personalty Disorder. În *Borderline Personaliy Disorder*, edited by M. Zanarini. Boca Raton, FI: Taylor & Francis.

Silvio, H., McCloskey, K., & Ramos-Grenier, J. (2006). Teoretical consideration of female sexual predator serial killers in the United States. *Journal of Criminal Justice*, 34 (3), 251 – 259.

Simbaxxx (2006). *Doin one for the team, Years in the swinging lifestyle*. South Carolina, North Charleston: Booksurge LLC.

Singer, M. Th. (2003). Cults în Our Milist. The continuing fights against their hidden menace. San Francisco: Jossey Bas.

Snow, R.L. (2003). Deadly cults, the crimes of the true believers. London: Praeger.

Sprock, J. (2000). Gender-typed behavioral examples of histrionic personality disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *22*, 1047 – 122.

Stone, M.H. (2007). Violent crimes and their relationship to personality disorders. *Persment Health*, 1: 138 – 153.

Stravynski, A. (2007). *Fearing others*, *the nature and Treatment*. London: Cambridge University Press.

Strong, M. (1998). A bright red screen. Self-mutilation and the language of pain. New York: Penguin Books.

Tantam, D., Huband, N. (2009). Understanding repeatind self-injury. A multidisciplinary approach. U.K.: Palgrave Macmiliam.

Templeman, T.L., Stinnett, R.D. (1991). Patterns of Sexual arrousal and history in a „normal" sample of young men. *Archives of Sexual Behavior*, *20*, 137 – 150.

Thyer, B.A., Parrish, R.T., Himle, J., Cameron, O.G., Curtis, G.C., Nesse, R.M. (1986). Alcohol abuse among clinically anxious patients. *Behav*. *Res*. *Then*, *2*4, 357 – 359.

Tornambe, R. (2011) The Beauty Quotient Formula: How to Fiind Your Own Beauty Quotient to Look Your Best – No Matter What Your Age. New York: Hay House încorporate.

Tudose, F., Barbu, I. (2004). Psihopolitica recidiva. Fals tratat de psihologie socială. Bucureşti: Editura Pscyhe.

Tudose, F., Tudose, C. (2007). *Psihiatrie în practica medicală*. Bucureşti: Editura Infomedica.

Tudose, F., Tudose, C., Dobranici, L. (2002). *Psihiatrie şi psihopatologie pentru psihologi*. Bucureşti: Editura Infomedica.

Tudose, F., Tudose, C., Dobranici, L. (2011). *Tratat de psihopatologie şi psihiatrie pentru psihologi*. Bucureşti: Editura Trei.

Tyrer, P., Coombs, N., Ibrahimi, F, *etal*. (2007).

Critical developments in the assessment of personality disorder. *Br J Psychiatry*, 190: s51-s59.

Tyrer, P., Mulder R. (2006). Management of complex and severe personality disorders în community mental health services. *Curropin Psychiatry*, *19*, 400 – 404.

Vollm, B. (2009). Assessment and management of dangerous and severe personality disorders. *Current Opinion în Psychiatry*, 22 (5), 501 – 506.

Ward, T., Siegert, R.J. (2002). Toward A Comprehensive Theory Of Child Sexual Abuse: A theory knitting perspective. *Psychology*, *Crime and Law*, 9, 315 – 351.

Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, S.D., Hart, S.D. (2007). *HCR-20*: *assessing risk of violence*. Vancouver: Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University.

Westen, D. (2001). Diagnosing personality disorders. *Am J Psychiatry*, *158*(2): 324 – 5.

Widiger, T.A., Costa, P.T. (2002). Five-factor model personality disorder research. În: Costa PT Jr, Widiger TA (editors). *Personality disorders and the five-factor model of personality*, 2nd edition, p. 59 – 87. Washington, DC: American Psychological Association.

Wittchen H.U., Beloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *Int Clin*. *Psychopharmacol.*, *11* (Suppl. 3), 15 – 23.

Colecţia Alma Mater:	
Psihoterapie (repere teoretice, metodologice şi aplicative) – Iolanda Mitrofan	8 RON
Orientarea experienţială în psihoterapie – coord. I. Mitrofan	6 RON
Terapii de familie ed. a III-a – Iolanda Mitrofan, Diana Vasile	3 RON
Psihologia cuplului – Adrian Nuţă	4

	RON
Eficienţa psihoterapiei experienţiale la copilul hiperkinetic – Geanina Cucu-Ciuhan	2 RON
Interconexiuni. Fizica cuantică povestită de un psihoterapeut – Adrian Nuţă	3 RON
Elemente de psihologie socială – L. Mitrofan	3 RON
Psihologia relaţiei de cuplu. Abordare teoretică şi aplicativă – Iolanda Mitrofan, Cristian Ciupercă	4 RON
Neuropsihologie – bazele teoriei şi practicii – Eugen Avram	5 RON
Psihogenealogie. Diagnoza, intervenţia şi vindecarea istoriei familiale – Iolanda Mitrofan, C. Denisa Godeanu, A. Sebastian Godeanu	5 RON
Parafiliile – extremele comportamentului sexual uman – L. Mitrofan, Sorina Daniela Dumitrache	3 RON
Compendiu de fobii, ediţia a II-a revizuită-L. Mitrofan, Sorina Daniela Dumitrache	3 RON
Multiplele faţete ale workaholismului – L. Mitrofan, Eugen Avram	2 RON
Trauma familială şi resursele compensatorii ed a II-a — Diana Lucia Vasile	3 RON
Terapia toxicodependenţei ed. a 2-a – coord. Iolanda Mitrofan	3 RON
Din culisele psihoterapiei experienţiale unificatoare — Studii de caz şi cercetări aplicative – coord. Sorina Daniela Dumitrache, Iolanda Mitrofan	4 RON
Incursiune în psihopatologie şi psihologie clinic – Camelia Dindelegan	4 RON
Scheme cognitive în depresie şi alcoolism – Camelia Dindelegan	4 RON

Colecţia Anim:	
Terapia Unificării – abordare holistică a dezvoltării şi a transformării umane – Iolanda Mitrofan	4 RON
Analiza transgenerațională în Terapia Unificării (O nouă abordare experienţială a familiei) – vol. II Integrarea rădăcinilor sau dulapul cu haine vechi – Iolanda Mitrofan, Denisa Stoica	5 RON
Infinitul mic, iubindu-l pe cel Mare – Adrian Nuţă	2 RON
Mai mult de 10%. Unitatea verticală a creierului – Adrian Nuţă	3 RON
Între nicăieri şi altundeva – Adrian Nuţă	2 RON
Călătorii lejere către Sine. 20 de exerciţii de meditaţie unificatoare – Iolanda Mitrofan	3 RON
Melcul cu umbrelă. Paşi spre o conştiinţă extinsă – Seramis Sas	2 RON
Umbră. Polul întunecat al sufletului (ediţia a 3-a) – Adrian Nuţă	2 RON
IUBIREA, dincolo de luna de miere... – Marcu Ioana Corina	2 RON
10 Pastile de Psihologie clinică – Ligiana M. Petre	1 RON
Colecţia Caiete Experienţiale:	
Abilităţi de comunicare – Adrian Nuţă	3 RON
Psihologia şi terapia cuplului – Iolanda Mitrofan, Cristian Ciupercă	3 RON
Cinci minute la o cafea. Eseu despre	2

intimitatea postmodernă – Ion Cosmovici	RON	
Consiliere şi terapie centrată pe traumă – Iolanda Mitrofan, Doru Buzducea	RON	3
Conceptul de Sine la adolescenţi. Evaluare şi optimizare în grupul experienţial – Elena Otilia Vladistav	RON	3
Ne jucăm învăţând... învăţăm jucându-ne! Dezvoltare personală asistată de calculator în grup experienţial (Către o nouă paradigmă educaţională) ed. a 2-a – Iolanda Mitrofan, Augustina Ene	RON	2
Învăţare experienţială în educaţie şi consiliere: o pepinieră de idei – Carmen-Maria Mecu	RON	3
Inter-realitatea. Psihoterapie şi spectacol dramatic – Adrian Nuţă	RON	1
Ascultând cu a treia ureche. Reflecţiile unui terapeut experienţialist – Adrian Nuţă	RON	1
Analize psihologice. Oceanul din picătura de apă – Adrian Nuţă	RON	2
O incursiune în psihologia prenatală. Regresia emoţională prenatală şi perinatală (Vol. 2) – Alin Cristinel Cotigă	RON	1
Când Dumnezeu este interzis – Pseudoroman – Ion Mânzat	RON	4
Psihoterapia experienţială în lucrul cu emoţiile – contribuţii şi repere – Cătălin Nedelcea	RON	2
Colecţia SPER Audiobooks:		
Arta transfigurării – exerciţii de meditaţie creativă unificatoare. Voi. 1: Călătorii lejere către Sine – Iolanda Mitrofan, cu contribuţia lui Emil-Răzvan Gătej (audiobook)	RON	3
Experienţa schimbării – exerciţii de meditaţie creativă unificatoare. Voi. 2: Călătorii	RON	3

lejere către Sine – Iolanda Mitrofan, (audiobook)	
Practica bucuriei: Poezie terapeutica – INDARA, (audiobook)	3 RON
Colecţia Doctoralia:	
Consilierea alternativă prin realizare de filme – un program pentru adolescenţi şi preadolescenţi cu dificultăţi de adaptare – Mădălina Negreţ	2 RON
Mecanismele intimităţii în relaţia de cuplu. Evaluare şi intervenţie terapeutică – Ioana Stancu	3 RON
Cuplul: Stop cadru transgeneraţional – Alin Sebastian Godeanu	3 RON
Alegerea partenerului. Mituri, secrete, repetiţii – A. Sebastian Godeanu (ed. a 2-a)	2 RON
Colecţia Masteralia:	
Jurnalul unui grup de dezvoltare personală unificatoare – competenţe universitare transversale — Maria-Luiza Udrea	1 RON
Laborator P.E.U. Dezvoltare şi transformare în grup – Oana Popescu	1 RON
În umbra cerului stins. Secrete de familie şi „vindecare” transgeneraţională (lectura unui caz de patologie congenitală oftalmologică din perspectiva P.E.U.) – Oana Benescu Mihai	2 RON
Tulburarea de spectru autist. Drumul parcurs spre normalitate – Alina Porumboiu (coord. I. Mitrofan)	1 RON
Printre fantasmele unei vieţi netrăite – însoţirea experienţial-transgeneraţională a unui	1 RON

caz de leucemie – Valentina M. Stoica (coord. 1. Mitrofan)		
În spatele paravanului abuziv – Perpetuarea rolului de victimă pe filon transgeneraţional – Sonia Elena Ghiţă (coord. I. Mitrofan)	RON	2
COPILUL ŞI ARBORELE – studiu de caz – Liana-Nicoleta Vlădilă (coord. I. Mitrofan]	RON	1
Metaforă, autotransformare şi dezvoltare personală în grup – o abordarea experienţial-unificatoare – Răzvan Sebastian Stan (coord. I. Mitrofan)	RON	1
În căutarea identităţii de sine. Filmul unui parcurs terapeutic unificator-studiu de caz-Ed a II-a – Andreea Măţăuan	RON	2
Colecţia Universul Interior:		
Năzdrăvăniile unui copil zănatec Deportat în mahalaua oborului, – roman autobiografic – Ion Mânzat	RON	4

Colecţia ISIS – Poezie terapeutică:

Cărţi	Preţ
Bună dimineaţa, realitate! Satori mundan – INDARA (Iolanda Mitrofan)	12RON
Practica bucuriei – INDARA (Iolanda Mitrofan)	10RON
În (terioare) – Lucian Alecu	12RON
Visătoriile – INDARA (Iolanda Mitrofan)	10RON
Plăsmuitorii de lumi – INDARA (Iolanda Mitrofan)	10RON
Flash-uri din întâmplări curgătoare. Jurnalul unui terapeut anonim – INDARA (Iolanda Mitrofan)	10RON

Reviste	Preţ
Revista de psihoterapie experienţială Nr. 57 (2012)	15RON
Revista de psihoterapie experienţială Nr. 58 (2012)	15RON
Revista de psihoterapie experienţială Nr. 59 (2012)	15RON

Colecţia de carte On-Line

Cărţi	httă
Călătoria studentului. Iniţiere în carieră (Oraşul fără sfârşit – Partea I) – Ion Cosmovici	http://sper.ro /editura / cârti/carti-on-line
Psihosociologia familiei – Dicţionar de autori – Cristian Ciupercă	
Mic dicţionar al marilor psihologi şi sociologi – Cristian Ciupercă	

Librărie Ed. SPER:

Complex LEU, Univ. Bucureşti (etaj V)

Bucureşti, Bd. Iuliu Maniu nr. 1 – 3 Complex Leu, Corp A, el. 5 Orar: L: 12 – 1530; Mi: 12 – 1830; J: 12 – 1830

Persoană de contact: Vlad Laslău, tel: 0733 918 015 Coordonator difuzare carte: Dan Stoica, tel: 0733918016, e-mail: comenzisper Pgmailcom